Rok XLVII. Kraków, dnia 1. lutego 1908. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z problemów klinicznego nauczania położnictwa i ginekologii.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

(Wykład wstępny w d. 15. XI. 1907).

Czcigodny Panie Dziekanie! Panowie koledzy! Panie i Panowie!

Byłbym człowiekiem niewdzięcznym, gdybym pierwszych słów nie zwrócił dziś do Ciebie, Dostojny Panie Dziekanie i do Was Czcigodni Panowie Koledzy z Wydziału lekarskiego, słów, pełnych głębokiej wdzięczności za ufność, z jaką Panowie powierzyliście mi kierownictwo tej kliniki i wykładów położnictwa i ginekologii. Bądźcie Panowie przekonani, że starać się będę usprawiedliwić to zaufanie sumienną pracą, rzetelną troską o to, żeby studenci wynieśli stąd jaknajwięcej wiedzy i żeby obok humanitaryzmu kwitła w tych murach cześć dla nauki.

Liczę na to, że te usiłowania moje poprą moi współpracownicy t. j. Panowie asystenci i Wy Panowie słuchacze. Byłoby banalnem i zbytecznem przedstawiać się Panom. Znacie mnie Panowie od dawna i sądzę, że wierzycie w to, iż prócz przedmiotowej sprawiedliwości i zimnego poczucia obowiązku pedagogicznego względem Was, znajdziecie Panowie we mnie podmiotową gorącą życzliwość, zrozumienie Waszych potrzeb i dążeń, a ile razy Panowie zażądacie, chętną i przyjazną radę.

Szanowni Panowie! Przyjętym jest zwyczajem, że pierwszy wykład przy objęciu katedry mieści w sobie poniekąd program zamierzonej działalności, jest więc rzutem oka w przyszłość. Wybaczcie Panowie, jeśli przedtem, zanim myśl uleci w przyszłość, nam wszystkim nieznaną i mglistą, cofnie się wstecz, w przeszłość, tak jeszcze niedawną, w dziedzinę wspomnień moich osobistych. Pamięć, wiążąca się z miejscem, nasuwa mi przed oczy czcigodne postacie trzech moich profesorów, którzy działali w tych murach. Więc naprzód mój nieodżałowany pierwszy szef ś. p. Madurowicz, człowiek ogromnej wiedzy, serdeczny opiekun i przyjaciel swoich asystentów, człowiek pozornie szorstki, zawsze małomowny, często opryskliwy, którego opryskliwość była jednak sztucznym pancerzem, osłaniającym zacną, miękką, uczuciową i nad wyraz wrażliwą duszę. Wychował on i wykształcił cały szereg asystentów, do których zaliczał się też ś. p. Jordan. Prócz niego: ś. p. Stępiński, dalej Prof. Czyżewicz, Prof. Mars, Prof. Bylicki, Dr Jan Rosner we Lwowie, a w Krakowie Doc Braun, Dr Cercha i ja.

Żywiej jeszcze staje przed oczyma już nie mnie tylko, ale nam wszystkim, niezwykła postać ś. p. Jordana. Wszakżeż tak niedawno, kiedy obejmował rządy tej kliniki. I w pamięci mojej odświeżają się wspomnienia dwóch lat asystentury przy Jego boku, bierze na się żywe barwy ta niezwykła postać człowieka o gorącem sercu, miłującem z młodzieńczym zapałem wszystko, co szlachetne, człowieka o umyśle głębokim, woli niezłomnej, a indywidualizmie tak silnym, że wszystko, co czynił, nosiło na sobie piętno Jego osobowości. Być Jego następcą rzecz niełatwa, a odpowiedzialność tem większa.

Wreszcie nie mogę nie przyznać się Panom, że szczerze i głęboko wzrusza mnie myśl, że przychodzi mi wykładać w tej samej sali, w której słuchałem znakomitych wykładów najlepszego profesora i najzacniejszego człowieka, ś. p. Rydla. Zdaje mi się, że widzę jeszcze przed sobą tę energiczną i szlachetną postać.

Ale dość wspomnień. Czas, by spojrzeć przed siebie. Nie myślę rozwijać programu działalności i uważam to za wielce trudne. Program ogólny zmieściłem w jednem zdaniu, na program szczegółowy nie wystarczyłoby dziś czasu. Mam więc zamiar wyrwać z tego szczegółowego programu jedno niewielkie pozornie zagadnienie i starać się dać na nie odpowiedź. Pytanie, jakie sobie zadaję, brzmi: Czy kierownik kliniki ma dążyć do tego, żeby stworzyć szkołę? Czy zadaniem jego jest wykształcić lekarzy w danym fachu w ten sposób, żeby na wskazania lecznicze i operacyjne zapatrywali się tak, jak on? Czy nietylko własne zapatrywania i poglądy, ale nadto własne upodobania powinien on zaszczepić młodemu pokoleniu lekarzy? Czy przeciwnie poprzez wymogi szkoły ma przebijać indywidualizm uczącego się, czy wolno mu na tych samych, co kierownik, oparłszy się faktach, dojść do odmiennych wyników?

Pytanie to musimy odrazu rozszerzyć i przyjąwszy, że każdy uczący wytwarza szkołę, zapytać się, co powinno być istotą szkoły klinicznej? Otóż na to pytanie odpowiedź nie łatwa, gdyż może być dwojaka: 1) (z czem się nie zgadzam) szkoła kliniczna ma wyuczyć rozpoznania, wskazań leczniczych i leczenia i 2) (którą uważam za słuszną) szkoła kliniczna ma nauczyć metodyki badania i logicznego zużytkowania tych przez badanie uzyskanych przesłanek, które wiodą do rozpoznania, wskazań leczniczych i leczenia.

Różnica pozornie nie wielka, w istocie ogromna, gdyż w pierwszym przypadku celem ostatecznym jest wynik, w drugim droga do niego wiodąca, a jeszcze ściślej sposób przebycia tej drogi. Otóż, zdaniem mojem, szkoła kliniczna powinna dać uczniowi całkowitą, możliwie doskonałą metodę badania i powinna go nauczyć tej logiki, jaka cechować powinna myślącego lekarza w chwili, gdy rozważa rozpoznanie, wskazania lecznicze i technikę leczenia. Mimo najściślejszej metodyki badania pozostaje niezmiernie wiele miejsca na indywidualizm badającego, który wchodzi w grę w chwili, kiedy umysł zaczyna porządkować i zużytkowywać zebrane objawy.

Objaśnijmy to przykładem: jesteśmy przy łóżku chorej, krwawiącej z powodu włókniaków. Chora liczy lat 32. Rozpoznanie łatwe, opiera się na zebranych wywiadach i przedmiotowych objawach. Trudniej ocenić wskazanie lecznicze. Po jednej stronie leczenie operacyjne, doszczętne, t. j. z usunięciem części rodnych lub mniej skrajne z pozostawieniem jajników, po drugiej leczenie zachowawcze. Po stronie operacyi doszczętnej staną niewątpliwie ci wszyscy, którzy mają wiarę w technikę operacyjną i siebie i co ważniejsze, dla których utrata życia płciowego u tej kobiety, utrata tych cech, jakie jej dają czynne części płciowe jest czynnikiem małoznaczącym, lub przynajmniej nie tak ważnym, żeby miał przeważyć szalę i skazać kobietę na długie lata osłabiających krwawień, niemocy i bezczynności.

Tu żadna szkoła kliniczna nie ma znaczenia, tu przemawia i rozstrzyga indywidualizm badającego. Zacierać ten indywidualizm, starać się przeprowadzić niwelacyę umysłów, uważam nie za obowiązek, ale za grzech, nie za zaletę, ale za błąd szkoły.

Przytoczę Panom dwa przykłady, obydwa z zakresu położnictwa, obydwa dotyczące spraw aktualnych. Więc naprzód sprawę wymóżdżenia na dziecku żywem, a potem sprawę znieczulenia podczas prawidłowego porodu.

Naprzód sprawę wskazań do wymóżdżenia na dziecku żywem. Oto niewyczerpany temat sporów, które dopóty nie będą rozstrzygnięte, dopóki tej operacyi nie zastąpi inna, podobnie jak wymóżdżenie, pozbawiona niebezpieczeństw dla matki. Czytając artykuły, zwłaszcza francuskie na temat, czy jest dopuszczalnem zabicie dziecka dlatego, ażeby matki nie narazić na niebezpieczeństwo, nabieramy przekonania, że są lekarze, którzy życie matki i dziecka jednakowo wysoko cenią. Wywody ich filozoficzne są bezwątpienia słuszne.

Są wszelako inni badacze, którzy życie matki stawiają wyżej, niż życie dziecka i których wywodom także trudno nie przyznać słuszności. Rozstrzygającym w tej sprawie jest więc sentyment, wszystkie dane przedmiotowe, najskrzętniej zebrane nie zdołają doprowadzić do decyzyi bez tego rozstrzygającego czynnika t. j. sentymentu podmiotu czyli lekarza.

Podobne sytuacye nie łatwo zjawiają się w innych działach medycyny. Korzyść lub niekorzyść tego lub innego sposobu leczenia albo operowania można odczytać w dużych statystycznych liczbach; w położnictwie wchodzi prócz osoby, którą leczymy, w grę drugi czynnik, t. j. płód, którego dobro nierzadko jest niezgodne z dobrem matki. Dla ocenienia wartości sposobu leczniczego musimy więc zestawiać dwa szeregi liczb statystycznych, t. j. wynik dla dziecka i matki, co naturalnie wikła wielce sprawę. Nie jest to jednak bynajmniej powikłanie czysto matematyczne; to dałoby się łatwo przezwyciężyć. Nie możemy tu liczyć liczb, musimy je ważyć. Mimo wszystkich ładnie brzmiących wywodów na temat tego, że płód ma równe prawo do życia, jak matka, nikt przecież nie zechce twierdzić, że operacya, dająca 100% wyleczeń matek, a 100% śmiertelności płodów, jak n. p. wymóżdżenie na żywem dziecku, jest równie złą operacyą, jak ta, która daje 100% żywych dzieci, ale 100% śmierci matki. Różnicy nie ma, jeśli cyfry zliczymy; jeśli jednak je zważymy, różnica będzie ogromna, i wszyscy bez wyjątku zrozumią ją natychmiast.

Różnica zapatrywań zacznie się tam, gdzie wymóżdżeniu przeciwstawimy inną operacyę zastępczą, dającą pewien odsetek śmiertelności matek, ale nie 100%. Weźmy n. p. cięcie cesarskie, hebosteotomię lub symfyzyotomię. Śmiertelność matek mają one bezwątpienia wyższą, niż wymóżdżenie (około 8%), ratują jednak prawie wszystkie płody, skazane przy wymóżdżeniu na śmierć.

Która operacya lepsza? Która daje bezpośrednie lepsze wyniki? Czy ta, która daje 2% śmierci matek a 100% śmierci płodów? czy inna, która obok 8% śmierci matek daje wszystkie lub prawie wszystkie płody żywe? Jeśli zliczymy cyfry, otrzymamy na 200 — 102 śmiertelności czyli 51% w pierwszym, zaś 8 na 200 czyli 4% w drugim przypadku. A przecież mimo tej olbrzymiej cyfrowej różnicy, te operacye są konkurencyjnemi, gdyż w cyfrze 51 jest 50 po stronie płodów, a 1 po stronie matek, w cyfrze 4 — cała ilość na niekorzyść matek. I tu zaczyna się podmiotowość klinicysty, która tłómaczy olbrzymie różnice między poszczególnemi klinikami co do ilości wymóżdżeń dokonanych na żywem dziecku.

Pinard, który twierdzi, że wymóżdżenie żywego płodu należy już do przeszłości, nie wykonywa tej operacyi wcale, zaś w klinice drezdeńskiej Leopolda w latach między 1883 a 1887 wymóżdżano 6 płodów żywych na 1000.

W postanowieniu odgrywa tu rolę sentyment, naukowe *imponderabile*. Każdy, komu w tej sprawie przyjdzie rozstrzygać musi za każdym razem sam zdać sobie sprawę z tego, w jakim stopniu ceni życie tego dziecka w porównaniu z życiem lub zdrowiem danej matki. Oto pierwszy przykład, jak dalece musimy nieraz podmiotowo w myśl sentymentu rozstrzygać doniosłe pytania z zakresu wskazań operacyi, pytania, które w innych działach medycyny rozwiązuje zimna statystyka, lub przynajmniej wielce do rozwiązania ich dopomaga.

Drugi przykład, to sprawa znieczulenia wśród prawidłowego porodu, sprawa dziś aktualna, w każdem prawie fachowem czasopiśmie omawiana. Pytania są dwa: główne i dodatkowe. — Główne brzmi: Czy zasadniczo należy u prawidłowych rodzących usuwać lub przynajmniej zmniejszać bolesność skurczów porodowych? Dodatkowe na wypadek twierdzącej odpowiedzi: w jaki sposób należy to czynić? Tu już nadmienić muszę, że pytanie dodatkowe jest poniekąd głównem, gdyż tylko wówczas można myśleć o znieczuleniu, jeśli znajdzie się sposób odpowiedni.

Jest rzeczą zdumiewającą, że mimo, iż położnictwo jest najstarszą gałęzią medycyny, sprawa znieczulenia wśród porodu zjawia się w piśmiennictwie tak niezmiernie późno. Mimo, że średnie wieki znały różne środki znieczulające,

używane w chorobach lub podczas operacyi, nikomu nie wpadło na myśl znieczulenie to stosować podczas porodu. Nie czas tu i miejsce zastanawiać się nad przyczyną tego dziwnego zjawiska i rozważać, czy przyczyną tego było biblijne »rodzić będziesz w bolach«, czy też to egoistyczne męskie stanowisko, które pozwoliło niejednemu mężczyźnie nie stosować się do biblijnego »pracować będziesz w pocie czoła«, a potem uwolniło go od troski i od obowiązku szukania środka na ból, którego sam nigdy nie zazna. Faktem jest, że pierwszy Simpson w r. 1847 pomyślał o stosowaniu eteru i chloroformu do usuwania bolesności porodu.

Od tego czasu podano cały legion środków. Kilkanaście z pośród nich wybrałem i na tych oto tablicach wady ich i zalety zestawiłem.

I znowu Panowie macie przykład, jak dalece wszystko, nawet to, co jest wyrysowane, jest podmiotowe. Gdyż naprzód na osobnej tabliczce zestawiłem to, czego żądać należy od dobrego środka znieczulającego. Ale zapewne kto inny żądałby czego innego, może czegoś wprost przeciwnego. Zdaniem mojem n. p. pożądanem jest, żeby kobieta rodząc pozbawiona była bolesności, ale nie świadomości. Powinna ona (tak mi się zdaje) wiedzieć, co się z nią dzieje, powinna pamiętać chwilę urodzenia się dziecka i jego pierwszy krzyk, powinna duchem swoim brać w tem wszystkiem udział. Tak mnie się zdawało, kiedym patrzał na rodzące i rozważał ich uczucia i myśli. Zastrzegam się, że mówię tu o kobietach prawidłowych i o porodach prawidłowych. Sprawić to, żeby kobieta nie czuła wcale bolu, ale rodziła własną wolą i z pełną świadomością, oto co zdawało mi się rzeczą pożądaną. Wiem, że są badacze, którzy wygłaszają wprost przeciwne zdanie i którzy za cel działania uważają usunięcie świadomości, — zupełną niepamięć. Na tym punkcie, czysto podmiotowym i indywidualnym nie zgadzamy się ze sobą. (C. d. n.)

Przyczynek do patologii i terapii ostrego podśluzowego zapalenia krtani (»laryngitis submucosa acuta«)

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt wygłoszony na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 23. lipca 1907 r.).

(Dokończenie).

Przychodzę obecnie do kwestyi najważniejszej t. j. przyczyn, wywołujących obrzęki zapalne krtani.

Jak już wspomniałem, dzielimy obrzęki zapalne krtani przedewszystkiem na 2 główne grupy: pierwotne, czyli samorodne, których Friedreich, a w ostatnich czasach Hajek, oraz Heymann i Meyer nie przyjmują, oraz wtórne, czyli objawowe; zaś pierwotne na zwykłe i zakaźne. Pierwotne (obrzęki zapalne krtani, są zwykle ograniczone, zaś wtórne — rozlane. Przyczyny pierwszych są trojakiej natury: 1) termiczne, a więc przedewszystkiem należą tu nagłe zmiany ciepłoty, jakie zwłaszcza bywają połączone z pewnemi czynnościami, n. p. u pracujących w cukrowniach, piekarniach, u maszynistów i t. p. Do tejże kategoryi przyczyn zaliczyć należy i tzw. zaziębienie, które oczywiście uważać należy jedynie za czynnik usposabiający dla zakażenia następnego. Działanie tego czynnika mogłem w paru przypadkach wyraźnie stwierdzić, między innymi u 16-letniego ucznia, który raptownie po powrocie ze ślizgawki dostał silnego bolu gardła, przyczem już w kilka godzin znalazłem u niego galaretowaty obrzęk obu chrząstek nalewkowych, oraz więzadeł nagłośniowo-nalewkowych.

Do tejże kategoryi przyczyn termicznych należą oparzenia zbyt gorącymi pokarmami i napojami np. ziemniakiem (przypadek Heymanna i Meyera), herbatą i t. p. W jednym przypadku, dotyczącym 25-letniego oficera spostrzegałem wskutek oparzenia nadmiernie gorącą herbatą (ukropem) galaretowaty obrzęk języczka, oraz nagłośni i tylnej ściany krtani.

Drugą grupę przyczyn stanowią czynniki chemiczne, przedewszystkiem więc kwasy i ługi, przeważnie w celach samobójczych, rzadziej przez pomyłkę połknięte. Typowy przypadek tego rodzaju spostrzegałem u 30-letniej panny, która jakoby przez pomyłkę napiła się amoniaku, przyczem cała jama ustna, język, podniebienie miękkie wraz z języczkiem, wreszcie tylna ściana krtani wraz z tylnymi odcinkami strun głosowych były pokryte białym nalotem, oraz obrzękłe. Heymann i Meyer przytaczają rzadki przypadek obrzęku krtani w następstwie par chloru (w fabryce) oraz działania kwasu osmowego (przy badaniach drobnowidowych). Do tejże kategoryi przyczyn chemicznych, niektórzy autorowie jak np. Gerber zaliczają też obrzęk krtani powstały po wewnętrznem użyciu jodku potasu, jakkolwiek Heymann i Mayer uważają go raczej za zwykły przesięk a nie wysięk zapalny, z czem jednakże ja się nie zgadzam. Ja również podobnie, jak Avellis, Rosenberg, Gerber i inni, spostrzegałem parę takich przypadków, między innymi jeden bardzo typowy, dotyczący 25-letniej szwaczki, u której już po użyciu paru łyżek słabego rozczynu jodku potasu (e 4,0—180,0) wystąpił znaczny obrzęk nagłośni i więzadła nagłośniowego nalewkowego lewego. Rzecz prosta, że w przypadkach tych należy przyjąć idiosynkrazyę względem tego środka.

I elektryczność w postaci prądu stałego może być niekiedy powodem obrzęków zapalnych krtani, jak tego dowodzi przypadek Heymanna i Meyera.

Wreszcie trzecią grupę przyczyn pierwotnych obrzęków zapalnych krtani stanowią czynniki mechaniczne, mianowicie uraz (a więc ciała obce, różnorodne obrażenia, oraz rękoczyny wewnątrz-krtaniowe). Tego rodzaju przyczynę spostrzegałem w paru przypadkach, między innymi u 70-letniego właściciela domu, u którego po zjedzeniu ryby wskutek uwięznięcia wzgl. skaleczenia ością wystąpił nagle silny obrzęk galaretowaty wiązadła nagłośniowo-nalewkowego prawego, oraz chrząstki nalewkowej prawej. Przypadek ten zakończył się ropieniem. W innym znowu przypadku, dotyczącym 35-letniego mężczyzny na drugi dzień po połknięciu kostki kurczęcia wystąpił silny obrzęk lewej chrząstki nalewkowej, zakończony również ropniem, sztucznie przezemnie otworzonym, jak i w poprzednim przypadku.

Drugą grupę pierwotnych obrzęków krtani zapalnych, stanowią sprawy zakaźne *(laryngitis submucosa acuta infectiosa)*, do których, jak to już wspomnia-

łem, zaliczyć należy tzw. różę krtani (Masseiego). Typowy przypadek tego cierpienia między innymi spostrzegałem u 46-letniego rolnika z zaczerwienieniem, oraz obrzękiem nagłośni, wiązadeł nagłośniowo-nalewkowych, oraz tylnej ściany krtani, wraz z przejściem następnie sprawy zapalnej na gardło, jamę nosowo-gardłową, oraz jamy nosowe, skąd już na twarz pod postacią typowej róży.

Przy wtórnych (objawowych) obrzękach zapalnych krtani może krtań być zajętą, albo w następstwie ogólnego zakażenia, bądź pierwotnie, bądź przez ciągłość *(per continuitatem)* (Heymann i Meyer). Co się tyczy dróg, którędy zarazek przenika do krtani przy ogólnem zakażeniu, to zdania są podzielone; według jednych (Schroetter) następuje to drogą naczyń chłonnych, według innych (Ziemssen) drogą naczyń krwionośnych; to ostatnie co do duru stwierdził świeżo (1905) Chevalier Jackson. Wogóle przyczyną wtórnych obrzęków zapalnych krtani bywają przedewszystkiem ostre sprawy zakaźne, jakoto odra (przyp. Citellego). Pieniążka[9]), płonica, dur, ostry gościec stawowy, błonica, róża, ospa, wrzodziejące zapalenie wsierdzia, gorączka połogowa (przyp. Arslana), wreszcie ropnica i posocznica, oraz gruźlica, przymiot i rak z przewlekłych spraw chorobowych zakaźnych. Z odnoszących się do tej kategoryi przypadków w mojej praktyce na wzmiankę zasługują: 1) przypadek, dotyczący $2^1/_2$-letniego chłopca z tzw. mieszkowem zapaleniem migdałków *(tonsillitis follicularis)*, oraz wtórnem zajęciem (obrzęk) przestrzeni podgłośniowej naśladującem krup (badanie bakteryologiczne nie wykryło laseczników Loefflera); następnie 2) przypadek dotyczący 34-letniego chorego z błonicą gardła, oraz wtórnem zajęciem (obrzękiem) nagłośni, więzadła nagłośniowo-nalewkowego prawego, oraz prawej chrząstki nalewkowej; przypadek ten zakończył się śmiercią; wreszcie 3) przypadek dotyczący 21-letniej mężatki z obrzękiem chrząstki nalewkowej prawej, poprzedzającym na parę dni ostry gościec stawowy.

Co do ostrego gośćca stawowego muszę tu zauważyć, że zdaniem mojem wiele przypadków obrzęków pierwotnych krtani, powstałych rzekomo z zaziębienia jest gośccowego pochodzenia. W poglądzie tym utrwala mnie przebieg wielu stosunkowo przypadków ostrego podśluzowego zapalenia krtani, w których nastąpiło wyleczenie niewątpliwie jedynie dzięki przetworom salicylowym.

Do tejże wreszcie kategoryi spraw obrzękowych krtani zapalnych wtórnych należą również obrzęki, szerzące się z sąsiedztwa przez ciągłość (t. zw. obrzęki oboczne — *oedemata laryngis collateralia*, fortgeleitete Oedeme — Hajeka). Stanowią one duży kontyngens należących tu przypadków; niestety, w wielu razach bywają przeoczane, jak to również stwierdzają Heymann i Meyer. Najczęściej zdarza się to w przebiegu ropnego zapalenia migdałka językowego, przyczem przy jednostronnem (połowicznem) jego zajęciu bywa też częściowy (po stronie odpowiedniej) obrzęk nagłośni wzgl. więzadła nagłośniowo-nalewkowego. Przypadków takich obrzęków zapalnych krtani spostrzegałem 18. Gerber również uważa migdałek językowy za główne wrota zakażenia.

Stosunkowo już o wiele rzadziej zdarza się takie szerzenie się sprawy zapalnej na krtań w przypadkach ropnia około migdałkowego wzgl. ropnia migdałka podniebiennego (przyp. 8), oraz zwykłego ostrego zapalenia gardła (przyp. 4). Wreszcie, acz rzadko, następuje to przy zajęciu gruczołu tarczykowego (Schroetter), chrząstek krtaniowych, gruczołów szyjnych, kręgosłupa, wreszcie stosunkowo często w nagminnem zapaleniu gruczolu przyusznego (przypadki Heymanna i Meyera).

Co do siedziby obrzęków zapalnych krtani, to pierwsze pod tym względem miejsce zajmuje nagłośnia, zwłaszcza jej powierzchnia językowa (tzw. *angina epiglottica anterior* Michael), co jest przedewszystkiem w związku z budową anatomiczną tej okolicy, obfitującej w luźną tkankę łączną podśluzową, jakoteż z łatwością obrażeń ciałami obcemi (ości, kości), wreszcie z bliskiem sąsiedztwem podobnej tkanki łącznej podśluzowej bocznych części gardła, jakoteż migdałka językowego, skąd przez ciągłość sprawy zapalne ostre wzgl. ropne z łatwością mogą przechodzić na nagłośnię. Przypadków takiego zajęcia (obrzęk zapalny) nagłośni spostrzegałem w swojej praktyce 20. Znamiennem jest, że obrzęk ten zwykle nie przechodzi po za brzeg wolny nagłośni na jej powierzchnię krtaniową, gdzie błona śluzowa ściśle przylega do chrząstki, jak to mianowicie dowiódł Hajek. W kilku przypadkach obrzęk ten był tak znaczny, że nagłośnia miała postać grubego, bladego, lub mniej lub więcej czerwonego (w przypadkach róży krtani z odcieniem fioletowym) wału, zasłaniającego wejście do krtani. W kilku też moich przypadkach obrzęk nagłośni był częściowy tj. ograniczał się do jednej tylko (częściej lewej) połowy, przyczem zdarzało się to zwykle w przypadkach wtórnych przy zajęciu odpowiedniej połowy migdałka językowego.

W 4 przypadkach spostrzegałem rzadkie stosunkowo usadowienie się obrzęku zapalnego podśluzowego w okolicy szypułki nagłośni *(petiolus epiglottidis)*, gdzie również istnieją warunki anatomiczne, sprzyjające takim obrzękom (luźna tkanka łączna między obiema blaszkami błony gnykowo-tarczowej).

Drugiem z kolei miejscem, gdzie sprawy te obrzękowe z powodów również anatomicznych znajdują grunt podatny dla swojego rozwoju, są więzadła nagłośniowo-nalewkowe (14 razy z lewej strony, 10 z prawej, wreszcie raz po obu stronach). Wogóle zajęcie li tylko więzadeł nagłośniowo-nalewkowych spotykałem bardzo rzadko (tylko 2 razy mianowicie po stronie prawej), natomiast najczęściej w połączeniu z obrzękiem okolicy chrząstek nalewkowych (6 razy, również po stronie prawej), oraz nagłośni (6 razy po stronie prawej), rzadziej zaś tylnej ściany (2 przyp.); wreszcie 2 razy jednocześnie były zajęte chrząstki nalewkowe, oraz tylna ściana krtani.

I nagłośnia stosunkowo często bywa zajęta jednocześnie z innemi częściami krtani, zwłaszcza z chrząstkami nalewkowemi (10 razy, z tych 8 razy po stronie prawej), następnie z więzadłami nagłośniowo-nalewkowemi (6 razy), wreszcie z tylną ścianą krtani (2 razy).

Niekiedy bywają jednocześnie zajęte różne odcinki krtani, jakoto: nagłośnia, więzadła nagłośniowo-nalewkowe, wreszcie chrząstki nalewkowe (6 razy, w tem 4 po stronie lewej), następnie nagłośnia, tylna ściana krtani, wreszcie struny rzekome (2 razy). Słowem możliwe tu są najrozmai-

---

[9]) loco citato — p. 121.

tsze kombinacye. Najrzadziej stosunkowo bywają zajęte struny prawdziwe (2 przyp.), pod postacią zajęcia tylnych odcinków z jednoczesnem zajęciem (obrzękiem) tylnej ściany krtani, oraz przestrzeni podgłośniowej (2 przypadki).

Z objawów na pierwszy plan przy ostrem zapaleniu podśluzowem krtani w jego postaci obrzękowej występuje mniej lub więcej wyrażona duszność, dochodząca zwłaszcza przy zajęciu znaczniejszem więzadeł nagłośniowo-nalewkowych, wprost do napadów zaduszania *(stenosis inspiratoria)*, wywołujących potrzebę przecięcia tchawicy. W Senatora ostrej zakaźnej ropowicy gardła głównymi są objawy ogólne (zamroczenie przytomności, osłabienie działalności serca i t. p.).

Inne objawy są wspólne dla obu postaci, a więc przedewszystkiem bole gardła, rozpromieniające się w kierunku uszu wzgl. odpowiedniego ucha, bole przy łykaniu *(dysphagia)*, uczucie ciała obcego, kaszel (przy zajęciu zwłaszcza przestrzeni podgłośniowej), oraz chrypka (przy zajęciu strun, wzgl. tylnej ściany; to ostatnie zależy od przeszkody mechanicznej, gdyż struny głosowe nie mogą podczas fonacyi zbliżyć się do siebie mianowicie w tylnych odcinkach). Wreszcie duszność może zależeć od nieruchomości strun głosowych w przypadkach zajęcia głębszych części w okolicy chrząstek nalewkowych.

Zwykle sprawa zaczyna się nagle wśród zupełnego zdrowia, zwłaszcza w postaci pierwotnej, mniejszą lub większą gorączką, dochodzącą zwłaszcza w róży krtani do wysokich stopni (41,8% — Massei). W wielu jednakże razach, mianowicie w obrzękach zapalnych pochodzenia termicznego, chemicznego, oraz mechanicznego brak jest zupełnie gorączki. Jak już wspomniałem, są to obrzęki ograniczone. Gruczoły chłonne na szyi wzgl. podszczękowe w wielu razach, zwłaszcza w obrzękach zapalnych wtórnych, oraz w t. zw. róży krtani są mniej lub więcej zajęte t. j. obrzmiałe i bolesne. Przebieg cierpienia zwykle bywa ostry: obrzęki zapalne najczęściej przy odpowiedniem leczeniu ustępują szybko (w kilka dni), przyczem w razie ropienia co stosunkowo niezbyt często się zdarza, następuje samorodne pęknięcie ropnia, niekiedy podczas badania, jak to np. zdarzyło się w 4 moich przypadkach (2 razy w ropniu nagłośni i 2 razy w ropniu lewej chrząstki nalewkowej, lub częściej opróżnienie następuje sztucznie zapomocą noża (w 28 moich przypadkach).

Rozpoznanie ostrego podśluzowego zapalenia krtani w różnych jego postaciach nie jest wogóle trudne, a to na podstawie wywiadów, mianowicie czynnika etyologicznego, jakoteż objawów (utrudnienie łykania, duszność), oraz przebiegu (ostry), najbardziej zaś na podstawie znamiennego w wysokim stopniu dla tego cierpienia obrazu laryngoskopowego: obecność obrzęków przeważnie bladych, galaretowatych, niekiedy zaś zwłaszcza przy róży, mocno czerwonych z odcieniem fioletowym, błyszczących, ograniczonych, lub rozlanych, usadowionych na nagłośni i więzadłach nagłośniowo-nalewkowych, oraz chrząstkach nalewkowych i to przeważnie jednostronnych. W razie zajęcia przestrzeni podgłośniowej poniżej strun prawdziwych z obu stron widać podłużne wały — fałdy, zwykle czerwone, sprawiające wrażenie strun trzecich — dodatkowych. Te ostatnie sprawy niekiedy trudno odróżnić od zapaleń ochrzęstnej chrząstek krtaniowych, oraz od krupu wstępującego, jak to mianowicie było w jednym z moich, oraz Pieniążka przypadku. U dzieci, u których badanie lusterkiem krtaniowem nie zawsze daje się wykonać, można zastosować badanie palcem zwłaszcza w przypadkach zajęcia nagłośni.

Rokowanie w większości przypadków obrzęków pierwotnych krtani jest pomyślne (na 108 moich przypadkach tylko 2 zakończyły się śmiercią), we wtórnych natomiast gorsze (jeden przyp. śmiertelny), zwłaszcza zaś w t. zw. ostrej zakaźnej ropowicy gardła (Senator), która zwykle kończy się śmiercią wskutek posocznicy lub też porażenia serca, jak to zdarzyło się w jedynym przezemnie spostrzeganym przypadku tego cierpienia.

Niekiedy duszność wskutek obrzęku głośni wzmaga się do tego stopnia, że zagraża życiu; wtedy jedynie tylko wczesne przecięcie tchawicy może chorego uratować. Co się tyczy leczenia spraw obrzękowych zapalnych krtani, to powinno ono być ogólne i miejscowe. Pierwsze polega przedewszystkiem na zapobieganiu zwłaszcza w szpitalach w razie obecności róży, w razie zaś już istniejącego cierpienia zastosować należy środek przeczyszczający, oraz przetwory salicylowe dla zwalczania gorączki. Zdaniem mojem, przetwory salicylowe, działają w wielu razach wprost swoiście, mianowicie tam, gdzie obrzęk krtani jest gośćcowego pochodzenia.

Prócz tego wskazane są środki ogólne wzmacniające, oraz podniecające, zwłaszcza w przypadkach róży krtani, oraz ostrej zakaźnej ropowicy gardła. Natomiast surowica przeciwpaciorkowcowa w tych razach jest bezskuteczną, jak to niedawno stwierdził w 15 przypadkach Pierce[10]).

Miejscowo stosujemy przedewszystkiem zewnętrznie oraz wewnętrznie lód, który wogóle w tych razach działa znakomicie; przytem wskazane są tylko płynne i zupełnie zimne pokarmy. Lennox Brown zaleca podskórne wstrzykiwanie pilokarpiny. W wielu też razach, jak mnie o tem nauczyło doświadczenie, nacięcia zwłaszcza okolic chrząstek nalewkowych, więzadeł nagłośniowo-nalewkowych, wreszcie nagłośni, nawet jeżeli niema ropienia, zmniejszają znakomicie i odrazu objawy duszenia się, usuwając w wielu razach zupełnie potrzebę tracheotomii. Natomiast Sokołowski i Hajek są przeciwnego zdania, radząc wczesną tracheotomię; wreszcie intubacyę w tych razach zaleca Gaucher. Oprócz lodowych okładów na szyję mogą być również w tych razach z pożytkiem stosowane pryszczydla, oraz pijawki; wreszcie ostatnimi czasy stosuje się z powodzeniem metodę Biera (opaskę na szyję) w przypadkach ropowicy ostrej gardła i krtani.

Bardzo odpowiednie też dla kojenia bolów są płukania (w zajęciu gardła i nagłośni), lub rozpylania (w czasie zajęcia głębszych części krtani) bromku sodu (e 8,0—360,0) z dodatkiem kokainy w niewielkiej ilości (0,5), lub też rozpylanie rozczynu samej kokainy (1—5—10%), wreszcie z dodatkiem adrenaliny (1—1000). Dobre też wyniki widywałem po zasypywaniu ortoformem. Wszystkie te środki, oraz metody mają na celu niedopuścić do ropienia, gdy jednakże to się okaże niemożliwem, co w obrazie laryngoskopowym ujawni się obecnością żółtawego zabarwienia na najwyższem miejscu obrzęku, wówczas należy zastosować zewnętrznie ciepłe okłady, sam zaś ropień naciąć za

---

[10]) Fraenkels Festschrift number. 1906 — p. 1029.

pomocą zakrytego noża krtaniowego pomysłu Schroettera, choć i zwykły zakrzywiony odpowiednio nóż jest wystarczający dla wprawnego laryngologa. Czasami wreszcie, jak to już wspomniałem, zmuszeni jesteśmy uciec się do tracheotomii (Smith[11]), Rice[12]).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr M. Stumpf: **Położnictwo sądowe.** (Gerichtliche Geburtshilfe). Z 35 rysunkami w tekscie. Wiesbaden 1907. J. F. Bergmann. Cena Mk. 12.

Powyższe dzieło, stanowiące część podręcznika położnictwa Prof. v. Winckela, jest z kolei już drugiem takiem, które uznając swoiste zadania medycyny sądowej, daje sposobność uczniowi i lekarzowi w zakresie nauki położnictwa z niemi się zapoznać. Dzieło Stumpfa, podzielone na 5 rozdziałów, rozpatruje zagadnienia zbrodni przeciw obyczajności, a mianowicie zgwałcenie, ciążę i jej znaczenie dla medycyny sądowej, położnicze błędy lekarskie, dzieciobójstwo, wreszcie zaburzenia zdolności płodzenia u kobiet.

W każdym z tych działów uwzględnił autor jak najdokładniej piśmiennictwo aż do ostatnich czasów, skutkiem czego nawet działy, nie wchodzące w zakres położnictwa, jak n. p. dział o badaniu plam nasiennych, stwierdzeniu zakażenia wenerycznego, dział o truciznach, używanych do spędzenia płodu, wreszcie dzieciobójstwo, opracowane są poprawnie, jakkolwiek nie widać z nich, by autor miał rozleglejsze własne doświadczenie w zakresie sądowolekarskim.

Wielkie doświadczenie położnicze autora odźwierciedla się w obszernie zakreślonym rozdziale o zaniedbaniach w wykonywaniu położnictwa. Czytając jednak dział ten, nie można się oprzeć wrażeniu, że autor, starając się każde z lekarskich przewinień położniczych, które po kolei omawia, usprawiedliwić w ten lub ów sposób, wyrządza krzywdę, zwłaszcza lekarzom młodszym. I tak, mówiąc o przypadkach, w których zdarzyło się, że lekarz wydarł całą macicę, uważając ją za łożysko, lub po pęknięciu macicy włożywszy rękę do jamy brzusznej wydarł w tem samem mniemaniu śledzionę, lub wypadnięte pętle jelita wziął za pępowinę i oderwał je lub odciął, stara się autor w długim wywodzie znaleść dla tego rodzaju postępowania szereg okoliczności łagodzących, jak krótkotrwałe zaburzenia przytomności, fizyczne i umysłowe zmęczenie skutkiem poprzednio nieprzespanych nocy, a nawet nadużycie wyskoku (!), które znów tłómaczy chęcią dodania sobie odwagi (!), zwłaszcza u tych lekarzy, którzy nie dorośli do swego zadania. Co do tej ostatniej, łagodzącej okoliczności przestrzega jednak autor, by nie wierzyć zbyt łatwo oskarżeniom, iż lekarz nadużył wyskoku, takie bowiem oskarżenia częstokroć są wynikiem złośliwości. Ten sposób zapatrywania się autora na błędy lekarskie wymaga zastrzeżeń. Te usterki dzieła nie zmniejszają jednak zasługi autora, iż dał lekarzowi położnikowi w rękę książkę, która może go zapoznać z niejedną niejasną mu dotąd sprawą. *Horoszkiewicz.*

Dr Stanisław Serkowski: **Mleko i mleczarstwo w oświetleniu higieny i bakteryologii.** Warszawa 1907. Wydawnictwo Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. Dra J. Mianowskiego z zasiłkiem Towarzystwa dla popierania polskiej nauki rolnictwa.

»Do najpoważniejszych trosk współczesnego higienisty należy dążenie, by ludność spożywać mogła bezpiecznie mleko surowe«. »Mam nadzieję i pragnę tego gorąco, aby materyału do pogadanek w sprawie mleczarstwa kółkom rolniczym dostarczyła też praca niniejsza«. »Dokładna znajomość teoretyczna i praktyczna obecnych prądów i obecnego stanu wiedzy w zakresie higieny i bakteryologii mleka doskonale może zjednoczyć i pogodzić rozbieżne pozornie interesy producenta z wymaganiami konsumenta. Z treści tej pracy przekonać się można, że możliwem jest porozumienie i zjednoczenie interesów wytwórcy i spożywcy«. — Zdania powyższe, wyjęte z przedmowy do dzieła Dra Serkowskiego, uwydatniają najlepiej wysuwający się w niej na pierwszy plan charakter społeczny i popularno-dydaktyczny.

[11]) »Laryng. oedema«. N J. med Rec. 1906. April.
[12]) N. J. Med. Journ. 1898. December.

W 14 rozdziałach na 464 stronicach omawia autor mleko jako wydzielinę i pokarm, własności i skład mleka i jego przetworów, bakterye, pochodzenie i ilość ich w mleku, drobnoustroje kwasu mlecznego (nie pomijając mleka Miecznikowa), sernika, wady mleka, masła i sera, znaczenie i stosunek gruźlicy do mleka, inne zarazki chorobotwórcze, warunki rozwoju mleczarstwa, badanie mleka i jego przetworów, zabezpieczenie mleka od wpływów szkodliwych, oraz oczyszczanie i utrwalanie mleka, składając liczne dowody, jak blizko zetknął się z ujemnemi stronami mleczarstwa krajowego, jak wiele uwagi i pracy poświęcił tej sprawie. To blizkie zetknięcie się z wadami naszego mleczarstwa nadaje książce szczególniejszą wartość, a podnosi ją to, że nasze piśmiennictwo mleczarskie, tak zawodowo-techniczne, jak i higieniczne, zebrał i uwzględnił autor nader skrzętnie i pracowicie. Opracowanie podręcznika mleczarstwa ze stanowiska higieny bezwarunkowo uważać należy za wielką zasługę autora. Nie może jednak książka ta zastąpić mimo swej obszerności mleczarzowi podręcznika zawodowego, zaś dla lekarza, nawet powołanego do kontroli i nadzoru targowego, w niejednym rozdziale wydać się może za obszerna, dla kółek zaś rolniczych, które z niej czerpać mają materyał dla pogadanek, w wielu ustępach »zanadto uczona«. Ten brak jednolitości uznaje sam autor w przedmowie; nie można jednak podnieść tego jako zarzut, biorąc na uwagę stosunki Królestwa i brak szkół zawodowych i mleczarskich w Królestwie, któreby osobom, zajętym w tak rozgałęzionym przemyśle domowym, jak mleczarstwo, a pozostającym na różnym stopniu rozwoju i przygotowania do niego, przyswoiły potrzebne wiadomości w formie odpowiedniej. Książka ta i w naszej dzielnicy, posiadającej w zakresie mleczarstwa katedry na uniwersytecie i akademii rolniczej, zawodowych nauczycieli w szkołach rolniczych średnich i niższych, krajowych instruktorów mleczarskich, biuro mleczarskie w Wydziale krajowym, oraz kilkaset spółek mleczarskich, zasługuje na wielkie poparcie właśnie ze względu na wysunięcie w niej na plan pierwszy higieny, i w naszem mleczarstwie traktowanej na ogół zanadto po macoszemu. *L. Bier.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Albu. **Leczenie dyetetyczne.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 50). Autor przechodzi wszystkie obecnie używane rodzaje dyet i wypowiada o nich swe zapatrywanie. I tak przy leczeniu tuczącem przestrzega przed zbyt obfitem podawaniem mleka, zalecając podawać najwyżej 2 litry ze względu na zmniejszanie się wessalności sernika. Przy leczeniu tuczącem u neurasteników poleca zmniejszenie ilości, a nawet usunięcie mięsa. Leczenie dyetą mleczną ze względu na małą zawartość substancyi drażniących radzi stosować tylko przy wrzodzie żołądka, nieżytach jelit, zapaleniu nerek, wreszcie w neurastenii i histeryi; zwraca uwagę na małą stosunkową wartość odżywczą tej dyety (1800 kaloryi). W leczeniu dyetami odtłuszczającemi za niewzruszoną maksymę uważa utrzymanie prawidłowej ilości substancyi białkowych pożywienia, a obniżanie ilości węglowodanów i tłuszczów w równej mierze; płynów obojętnych w miernej ilości nie zabrania. Dyetę odtłuszczającą można przeprowadzić zupełnie dobrze zapomocą dyety roślinnej, nie uciekając się do podawania mięsa. Odmianą dyety roślinnej jest dyeta ziemniaczana. Autor gorąco poleca dyetę roślinną w leczeniu dny i cukrzycy. Małe znaczenie przypisuje kuracyi winogronowej i cytrynowej. Dyetę przeciw cukrzycy, polegającą na zasadzie dyety białkowo-mięsnej, należy stosować okresowo naprzemian z podawaniem chleba razowego, lub co lepiej, pieczywa dla chorych na cukrzycę. Okresy ścisłej dyety białkowo-mięsnej radzi A. w razie potrzeby wzmacniać przez wsunięcie dni głodu lub dni dyety jarzynowej. Tak zwane dyety suche (leczenie bułkami) mają niewielkie znaczenie, a korzystne ich działanie przy obrzękach i przesiękach polega na małej ilości soli w pożywieniu. Ta też dyeta bezchlorkowa cieszy się uzasadnionem uznaniem tak w leczeniu przesięków, jak i padaczki. *Dr Skórczewski.*

Bornstein. **Leczenie dyetetyczne. Rady dla praktyki.** (*Wiener Klinik*, 1907. Z. 9—10). Stosowne odżywianie chorych jest jednym z najdzielniejszych środków leczniczych. Dziwną dlatego też jest rzeczą, że gdy wszędzie w medycynie idzie się z postępem, to w leczeniu dyetetycznem zdarzają się jeszcze poglądy przestarzałe. Tak n. p. ciągle się jeszcze utrzymuje przekonanie,

że pokarm jest tem pożywniejszy, im więcej zawiera białka w postaci mięsa. Ilości białka, uważane dawniej za konieczne do równowagi przemiany materyi, t. j. 130 grm. obliczone przez fizyologów, zostały obecnie zredukowane do 80 grm. nawet dla ludzi ciężko pracujących; przytem niekoniecznie musi to być białko mięsa, lecz także może być białko mleka lub roślinne. Porzucając w zwykłem odżywianiu dawne zapatrywania, należy tem więcej przy tak zwanem odżywianiu sztucznem uwolnić się od dawnych przesądów. Celem podniesienia podupadłego odżywiania podano tak zwane kuracye tuczące, i cóż się przez nie osiąga? Oto to, że waga chorego w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu zwiększa się, a to dzięki wytwarzaniu się tkanki tłuszczowej, która choremu nietylko zupełnie nie jest potrzebna, ale wprost szkodliwa. Dlaczegóż nie starano się postępować inaczej? Oto dlatego, że Voit na zasadzie doświadczeń na psie stwierdził, iż podawanie mięsa nawet w największej ilości nie wpływa zupełnie na polepszenie odżywienia ponad pewną granicę, poza którą pozostawać ma ono już na stałej wysokości. Wszyscy tak w to uwierzyli, że nikt nie śmiał nawet próbować myśleć inaczej. A jednak zapomniano o tem, że pies jest czysto mięsożerny, a człowiek odżywia się pokarmami mieszanymi i dlatego też wyników doświadczalnych wprost z psa na człowieka przenosić nie wolno. Badania nowsze obaliły też zupełnie dogmat Voita i obecnie wiemy, że u człowieka nietylko można, ale wprost najlepiej jest podnosić podupadłe odżywienie przez nadmierne podawanie białka. Tę wielką ilość białka podawać się powinno w ten sposób, by nie zwiększać przytem ilości i nie zmieniać jakości innych zwykłych pokarmów. Białka mięsne, jak peptony, somatoza i t. d., podawane w większych ilościach, drażnią jelita, natomiast nutrozę, (białko mleczne) i aleuronat (białko roślinne) znosi przewód pokarmowy nawet w wielkich dawkach. Znakomicie działa forsowne białkowe odżywianie, gdy dołączymy do niego jeszcze i pracę mięśniową. Następuje wtedy wybitny przyrost wagi i to prawdziwy przyrost białka, a nie rzekomy tkanki tłuszczowej. Przez forsowne odżywianie białkiem nie rozumie B. wcale nadmiernego odżywiania mięsem, to bowiem zawiera w sobie prócz składników pożytecznych także i wiele szkodliwych, powinno się też przy takiem odżywianiu polecać mięso w zwykłej ilości. Zwykle odżywia B. forsownie swych chorych w ten sposób, że w zwykłych pokarmach podaje dziennie 30—50 grm. nutrozy, plasmonu lub sanatogenu. Podobnie działa mleko, ser i jaja. Do tego leczenia dodaje B. z lekarstw żelazo, chininę, a wreszcie zaleca pracę fizyczną w postaci gimnastyki, lżejszej roboty i t. p. Tłuszczów B. spożywać nie zakazuje, o ile chory sam chce je spożywać. Kuracye tak zwane tuczące stosuje B. wyjątkowo wtedy, gdy n. p. chory nagle schudł, lub gdy tkanki tłuszczowej potrzeba w ustroju koniecznie n. p. w leczeniu nerki ruchomej i t. p.

Podobne leczenie stosuje też przy odżywianiu forsownem chorych na cukrzycę. Czasem wzrasta przytem trochę ilość cukru, ale nieznacznie, i chory w miarę odżywiania ma się coraz lepiej. Zupełnie w tymże kierunku radzi B. przeprowadzać leczenie odtłuszczające. Nie należy dążyć do tego, by chorego szybko, a wśród przykrości, pozbawić tkanki tłuszczowej, bo to nic nie pomoże. Chory po leczeniu wraca zaraz uszczęśliwiony do swych dawnych przyzwyczajeń i tyje coraz więcej. Zasadą leczenia odtłuszczającego powinno być, by zaspakajać głód chorych pokarmami, obfitymi ilościowo, a skromnymi jakościowo. W ten sposób chory nie odczuwa przykrości leczenia, a z pokarmów ma niewiele pożytku. Niesłusznie też zakazuje się chorym przy leczeniu odtłuszczającem czarnego chleba, ziemniaków, grochu itd., bo właśnie one zapychają niejako żołądek, a pożytku wiele z nich ustrój nie ma. Wogóle ograniczać należy wprawdzie spożywanie tłuszczów i węglowodanów, ale nie należy spożywania ich zupełnie zakazywać. W ten sposób osiągnąć można zawsze powolne wprawdzie, lecz pewne schudnięcie. B. nie zakazuje też wcale pić chorym wody, a nawet niektórzy polecają obecnie pić dużo wody źródlanej. Zamiast cukru poleca B. używać sacharyny, bo ta z jednej strony zwalnia wyzyskiwanie pokarmów, a z drugiej zmniejsza apetyt. Białko podaje B. obficie przy równoczesnej pracy fizycznej. Białko (nie mięso!) wypiera tu niejako tłuszcz. Bardzo dobre usługi oddają też przy leczeniu odtłuszczającem gorące kąpiele (słoneczne, błotne, fango i t. d.), a wreszcie jod. Energicznych leczeń przetworami gruczołu tarczykowego radzi B. unikać.

Wogóle nie powinno się używać nigdy za dużo mięsa; działa ono nieraz wprost źle, n. p. w skazie moczanowej, w chorobach skórnych przewodu pokarmowego i t. p. Przy przewlekłych zaparciach stolca podawanie małej ilości mięsa, a za to głównie pokarmów roślinnych działa nieraz wprost leczniczo. Podobnie przy wrzodzie żołądka działa mięso szkodliwie, pobudza bowiem wydzielanie się soku żołądkowego. Natomiast białko mleczne i roślinne wiąże kwas solny. *K.*

Schade. **Cukrzyca, a kataliza.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 38). Ciała chemiczne, nieraz pozornie obojętne, które wpływają na szybkość przebiegu odczynu w procesach chemicznych, przyczem same się nie zmieniają i nie zużywają, nazwał Ostwald katalizatorami dodatnimi, jeźli przyśpieszają, ujemnymi, jeźli opóźniają odczyn. Autor stwierdził, że i przy utlenianiu cukru pewne ciała (alkalia, żelazo i t. d.) odgrywają rolę takich katalizatorów, w tym razie dodatnich. I dla innych produktów utleniania węglowodanów znamy katalizatory. Odczyny, które przytem zachodzą, oraz pośrednie ogniwa mają nieraz zupełnie przypominać te, które pod wpływem specyalnych fermentów odbywają się w ustroju. Owe katalizatory mogą wspierać działanie specyalnych fermentów, albo je nawet zastępować. Zjawisko to i wśród naturalnych warunków ma pewne znaczenie; dowodem tego wewnętrzne wydzielanie trzustki, które dla naturalnego biegu sprawy rozpadowej węglowodanów odgrywa niewątpliwie rolę katalizatora. Zdaniem autora zbadanie zjawisk katalizy nie pozostanie bez wpływu na leczenie cukrzycy. *Dr M. Godlewski.*

Prof. Schmidt i Dr Lorisch. **Znaczenie celulozy w przemianie materyi u chorych na cukrzycę.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). S. i L. starali się ocenić wpływ podawania celulozy, otrzymanej z wyługowanej i wygotowanej kapusty, u 5 chorych, badając wydalanie azotu w moczu i kale, cukru i acetonu w moczu, acetonu w powietrzu wydychanem. Każdego chorego badano 15 dni; w 5 środkowych podawano celulozę, w 5 pierwszych i 5 końcowych dniach dyetę białkowo-tłuszczową. Stwierdzono u 3 chorych znaczne obniżenie wydalania cukru i acetonu i wzrost ciężaru ciała. S. i L. dochodzą do wniosku, że celuloza nie ma złego wpływu na przemianę materyi u chorych na cukrzycę, że ilość wessanej celulozy jest wcale znaczna, że ona stanowczo wpływa na zaoszczędzenie zużycia tłuszczów. Wreszcie wskazują S. i L. na konieczność stworzenia odpowiedniego przetworu z celulozy, ponieważ przez nich używany przetwór nie odpowiada wszystkim wymaganiom, jest mdły i zawiera zbyt mało celulozy. *Dr Skórczewski.*

G. Schellenberg. **Cukromocz występujący w czasie napadu dnawego u chorego na gruźlicę.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 40). S. spostrzegał u chorego na gruźlicę podczas ostrych napadów dnawych z obrzękiem dużego palca u nogi przemijający niewielki cukromocz (0·14—0·7 prc.), ginący wraz z przemijaniem sprawy dnawej. Cukromocz zauważał S. przy dwóch po sobie następujących napadach. *Dr Skórczewski.*

Wierbickij. **Wpływ różnych węglowodanów na cukromocz u chorych na cukrzycę.** (*Izwiest. Imp. Woj. Mied. Akad.* 1907, listopad). Autor badał wpływ ziemniaków, chleba, owsa, mleka, ryżu, jabłek na cukromocz u 4 chorych na cukrzycę. Gdy wskutek stałej ścisłej dyety ilość cukru doszła do stałego minimum, dodawano chorym przez 5 dni do dyety po 45 gramów jednego ze wspomnianych pokarmów. Po 5-dniowej przerwie znowu podawano w ciągu 5 dni inny węglowodan itd. U pierwszego z badanych chorych silniej zwiększył ilość cukru w moczu w ciągu doby na (21,64 gr.) biały chleb, potem ryż (+18,40 gr.), ziemniaki (+12,16), mleko (+9,62), jabłka (+9,45), najmniej owies (+0,32 gr.); cukromocz zwiększał się tak nieznacznie nawet wtedy, gdy podawano dużo owsa, (więcej, niż 200 gr.); takie same wyniki dał owies i w trzecim przypadku; w drugim i czwartym — ilość cukru w moczu nie zmieniała się, albo tylko nieznacznie się zwiększała w porównaniu z dyetą pozbawioną węglowodanów. Najlepiej działała owsianka i kisiel owsiany; chleb owsiany działał gorzej. Na podstawie tych doświadczeń dochodzi W. do następujących wniosków: 1) Różne pokarmy węglowodanowe wywierają niejednakowy wpływ na cukromocz u chorych na cukrzycę. 2) Śród wszystkich węglowodanów zajmuje owies osobne miejsce, gdyż nawet duże dawki węglowodanów, w nim zawartych, nie wywołują zwiększenia cukromoczu w wielu przypadkach cukrzycy. 3) Ta własność owsa wskazuje na różnicę w chemicznej naturze węglowodanów owsa w porównaniu z innymi węglowodanami. 4) Gdy zajdzie wskazanie do podania węglowodanów u chorych na cukrzycę, najlepiej przepisać dyetę owsianą, gdyż owies w większości przypadków wywiera korzystny wpływ na cukromocz i ogólny stan chorego. 5) Żeby owies wywarł dobry wpływ na cukromocz, trzeba koniecznie usunąć zupełnie z dyety wszystkie inne węglowodany. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

J. Heller. **Zmiany w skórze przy „diabète bronzée.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 30). Autor dodaje do 32 przypadków, znanych z piśmiennictwa, nowe spostrzeżenie, w którem

w 42. r. ż. wystąpiła cukrzyca, z wysokim odsetkiem cukru w moczu (6%—8%). Dopiero w 70. r. ż. zmarł ten chory wskutek rozwijającej się zgorzeli kciuka nogi lewej wśród objawów śpiączki cukrzycowej. Około 50. r. ż. powstało u chorego ciemne zabarwienie skóry na nosie i policzkach w kształcie motyla, o odcieniu ołowiano-szarym, wpadającym w miedziany. Plama ta ciemniała, gdy chory był podniecony, w ostatnich latach życia nieco była jaśniejsza. Sekcyi H. nie wykonał, jedynie badanie histologiczne zmienionej skóry i to już w 3-cim dniu po śmierci. Zauważył nagromadzenie barwika między komórkami i żółte zabarwienie komórek najniższej warstwy sieci. Prócz tego znajdował w skórze samej komórki, zawierające znaczne ilości barwika. Odczyn żelaza był ujemny. Zauważyć należy, że innych plam barwikowych u chorego nie było. *Dr Skórczewski.*

Grawitz. **O wyleczeniu choroby Addisona i uwagi o jej patogenezie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 27). Przypadek choroby Addisona, opisany przez G., znamionował się obok wielkiego upadku sił, znaczną niedomogą wydzielniczą i ruchową żołądka. Przepłukiwano zatem żołądek rozczynem soli kuchennej i bezpośrednio potem wlewano pożywienie płynne. Z leków tylko kwas solny. Wkrótce polepszył się znacznie stan ogólny i sprawność żołądka. Ostatecznie po dłuższym czasie, pod wpływem leczenia dyetetycznego, unikania wyskoku, podawania HCl i leków trawiennych nastąpiła tak wybitna poprawa, że znamienne bronzowe zabarwienie skóry ograniczyło się do ledwo dostrzegalnych śladów. Utrzymał się jedynie stały brak HCl. Uważając przypadek ten za wyleczony, zastanawia się G. nad tem, jaki wpływ mogłoby mieć takie leczenie na przebieg choroby. Obok przypadków choroby Addisona, w których przy sekcyi nie stwierdzono zmian nadnerczy, spotykamy takie, w których mimo zmian w nadnerczach typowej choroby Addisona za życia nie było. Przypadki te łatwiej zrozumieć od czasu odkrycia tkanek chromochłonnych (chromaffin) w substancyi rdzeniowej nadnerczy, w t. zw. *paragangha*, n. współczulnym i w gruczole szyjnotętniczym. Działający składnik nadnerczy ma być zawartym właśnie w komórkach chromochłonnych, a w razie zniszczenia tych komórek w nadnerczach występuje przerost innych części układu chromochłonnego. Według Wiesela choroba Addisona polega na pierwotnem schorzeniu układu chromochłonnego, bądź w nadnerczach, bądź w innych jego częściach, a zatem może rozwinąć się przy nietkniętej części korowej nadnerczy, jak również może nie objawić się mimo ich rozległych zmian, jeśli znajdująca się gdzieindziej tkanka chromochłonna działa zastępczo. Wspólnym objawem wszystkich charłactw, połączonych z bronzowem zabarwieniem skóry, są poważne zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego. Na podstawie swoich spostrzeżeń twierdzi G., że ciężkie zaburzenia trawienia w chorobie Addisona nie są objawem zmian nadnerczy, natomiast przyjąć można, że istnieją przewlekłe zatrucia ze strony przewodu pokarmowego, wywołujące charłactwo z bronzowem zabarwieniem skóry, bez równoczesnych zmian w nadnerczach. Luksch zaś udowodnił, że wskutek różnych zakażeń i zatruć występują w nadnerczach zmiany, niweczące ich czynność, a zatem charłactwa, przebiegające na wzór choroby Addisona, tłómaczyć można przewlekłymi trującymi wpływami na nadnercza, jeśli zaś w tym narządzie są zmiany, to wówczas i czynność innych tkanek chromochłonnych również przez owe trujące wpływy bywa wstrzymana. Tem się tłómaczy, że mimo zdolności tkanki chromochłonnej do odradzania się, tak rzadko zdarzają się wyleczenia w przypadkach rzeczywistej choroby Addisona.

Dr Władysław Kluger.

J. Widal, P. Abrami i M. Brulé. **Odróżnianie kilku typów żółtaczek hemolitycznych przy pomocy krwinek oddzielonych od osocza.** (*Presse méd.* 1907, Nr 81). Na podstawie doświadczeń swoich dochodzą autorowie do następujących wniosków: Badanie oporności krwinek czerwonych pozwala wyróżnić z pośród żółtaczek pochodzenia wątrobnego całą grupę żółtaczek hemolitycznych. Żółtaczka wrodzona, której przyrodę hemolityczną stwierdził Chauffard zapomocą sposobu Vaqueza i Ribierra, nie jest jedyną żółtaczką hemolityczną. Jeśli mierzyć oporność krwinek oddzielonych od osocza, (a nie znajdujących się wśród osocza, jak robiono dotąd), łatwo się wtedy można przekonać, że istnieją jeszcze inne odmiany żółtaczek hemolitycznych wywołanych przez zmniejszoną oporność krwinek czerwonych. Żółtaczki te opisywano dotąd już to jako żółtaczki przewlekłe, przebiegające wśród wielkich obrzęków śledziony (ictère chronique splénomégalique), już to jako niedokrwistości złośliwe z żółtaczką, już to jako żółtaczki ostre zakaźne. W każdym z tych przypadków stwierdzano w pewnych okresach gwałtowny spadek ilości krwinek czerwonych wraz z odczynem szpikowym. Badanie oporności krwinek, dające znacznie lepsze wyniki, o ile się używa krwinek oddzielonych od osocza, pozwoli wyróżnić w grupie ciężkich niedokrwistości te, w których spadek ilości krwinek czerwonych jest wynikiem osłabionej ich oporności. Żółtaczka wrodzona zdaje się być wynikiem wrodzonego osłabienia oporności krwinek; oporność krwinek może jednak osłabnąć i później już u człowieka dorosłego. U jednej z chorych, spostrzeganych przez autorów, żółtaczka trwała lat 5, i przez cały czas spostrzegania zdołali autorowie zawsze wykryć osłabienie oporności krwinkowej, u drugiej zaś chorej osłabienie oporności znikało równocześnie z ustąpieniem żółtaczki. Różne te odmiany żółtaczek hemolitycznych, różne pochodzeniem, mają jedną cechę wspólną: osłabienie oporności krwinek czerwonych.

Stahr.

Kentzler. **W sprawie aglutynacyi grupy prątków duru i prątków okrężnicy u chorych, dotkniętych żółtaczką.** (*Wiener klin. Wochs.* 1907, Nr 44). Badania przeprowadził K. w 30 przypadkach żółtaczki różnego pochodzenia zapomocą sposobu Ruedigera, t. j. makroskopowej aglutynacyi hodowli bulionowych 24-godzinnych, zabitych formaliną. Z badań tych wynika, że 1) w surowicy chorych, dotkniętych żółtaczką, nie ma swoistych aglutynin durowych, 2) w surowicy żółtaczkowej nie ma też aglutynin dla pokrewnych gatunków bakteryi, 3) w razie aglutynacyi, występującej przy żółtaczce, należy szukać przyczyny w jakiemś lekkiem nierozpoznanem zakażeniu durowem, które poprzedzało choćby dość dawno żółtaczkę. Badania K. dały wynik ujemny co do pytania, czy przez sposób powyższy dojść można do wyjaśnienia przyczyny żółtaczki nieżytowej i kamicy żółciowej. *Dr Blassberg.*

Mendelsohn. **Zatrucie gałką muszkatołową.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 48). W obu przypadkach autora zażyli chorzy gałkę muszkatołową (*semen myristicae*) w proszku wskutek rady partaczy. Dawka w obu przypadkach: 3 gałki. W pierwszym przypadku zauważył M. silną duszność, obniżenie pamięci, rozszerzenie źrenic, w drugim podniecenie, drżenie rąk i zamroczenie świadomości; w obu przypadkach tętno małe, szybkie. Po 1—2 dobach objawy zatrucia ustąpiły.

Dr Skórczewski.

Feldmann. **O leczeniu zatruć lyzolem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 1). Przypadki zatruć lyzolem, w których zatruty nadużył przedtem wyskoku, przebiegają znacznie łagodniej i z tego też powodu poleca F. podawać większe dawki wyskoku jeszcze przed przystąpieniem do płukania żołądka, na co zwykle potrzeba pewnego czasu. Po wypłukaniu zaś należy podać choremu 1—2 kieliszków koniaku. W warunkach zwykłych 10—20 grm. lyzolu jest dawką śmiertelną. *K.*

Loeffler i Rühs. **Leczenie doświadczalnej świdrowicy** (*tse-tse*). (*Deutsche med. Wochs.* 1908, 1). Pewne wyleczenie świdrowicy, wywołanej doświadczalnie, można uzyskać przez równoczesne podanie wewnętrzne dużej dawki kwasu arsenawego i wstrzyknięcie podskórne atoksylu. Trujące działanie kwasu arsenawego i atoksylu nie sumuje się. Korzystne wyniki można także otrzymać przez podanie wewnętrzne kwasu arsenawego i równoczesne wcieranie kwasu arsenawego w postaci maści wasenolowej przez skórę. Leczenie takie nie zagraża żadnem niebezpieczeństwem i dlatego nadaje się do praktyki. Spostrzeżenia, poczynione na arsenofagach i zwierzętach, pozwalają mieć nadzieję, że przez wewnętrzne podanie kwasu arsenawego można będzie uzyskać pewny sposób zapobiegawczy przeciwko zakażeniu świdrowcami. *Pisarski.*

Michael i Beuttenmüller. **Przyczynek do zbioru objawów Adams-Stokesa.** (*Berl. klin. Wochs.* 1907, 46). Klasyczne objawy tej choroby, zwolnienie tętna i napady padaczkowate, były w przypadku M. i B. bardzo wybitne. Tętno uderzało średnio 31 razy na minutę, podczas napadów zaś opadało do 16 na minutę. Napady padaczkowate pojawiały się 20—30 razy na dzień. Zapomocą rentgenoskopii można było stwierdzić, że każdemu uderzeniu tętna w tętnicy sprychowej odpowiadał skurcz komór, pomiędzy zaś dwoma uderzeniami tętna, przy zupełnym spokoju komór kurczyły się przedsionki 2—3 razy. M. i B. przypuszczają, że w przypadku tym chodziło o prawdziwą dyssocyacyę skurczów między komorami, a przedsionkami, a nie o wypadnięcie niektórych skurczów komór. Przyczynę upatrują w miażdżycy tętnic. *Pisarski.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne d. 15. stycznia 1908.

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 30.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Uchwalono zmianę statutu, stosownie do uchwały, powziętej już raz w d. 16. I. 1907 w sprawie przyjmowania do Towarzystwa lekarzy wojskowych, Polaków (por. »Przegląd lek.«, 1907, Nr 5, str. 59).

3) Przyjęto do wiadomości następujące sprawozdanie sekretarza stałego, kol. Prym. Zygmunta Wachtla:

»Towarzystwo liczyło z końcem r 1906: członków czynnych 173, korespondentów 52, honorowych 16. Lista członków czynnych zwiększyła się w ciągu r. 1907 o 16. Członkiem honorowym zamianowało Towarzystwo w wymienionym roku Dra Heliodora Święcickiego w Poznaniu. Wystąpiło z Towarzystwa wskutek przesiedlenia się 6 członków, z pozostających w Krakowie wystąpiło dwóch. Zmarło członków zwyczajnych trzech i jeden członek honorowy. Liczyło więc Towarzystwo z końcem roku 1907 — 177 członków.

Posiedzeń odbyło Towarzystwo lekarskie 24, z tego 2 administracyjne, 21 naukowych, jedno żałobne z powodu śmierci ś. p. Henryka Jordana, jedno uroczyste z okazyi przyjazdu Prof. Dra Bylickiego, prezesa Wydziału gospodarczego X. Zjazdu lek. i przyr. polskich, ze Lwowa. Na posiedzeniach naukowych odbyły się 21 odczyty i 63 demonstracye. Zebrań koleżeńskich odbyło się 7, prócz tego kilka zebrań towarzyskich we wtorki. Przeciętna liczba członków, na posiedzenia uczęszczających, dochodziła cyfry trzydziestu, procent w porównaniu z ilością członków dość mały, co tem bardziej uderza, ile że w roku minionym zajmowało się Towarzystwo lekarskie szeregiem spraw dla ogółu lekarzy nadzwyczajnie ważnych, a zmierzających do poprawy wadliwych stosunków sanitarnych. Szereg posiedzeń poświęciło Tow. lek. sprawie poprawy szpitalnictwa galicyjskiego. Kwestyę tę poruszył i wyłuszczył w bardzo wyczerpującej pracy kol. Prof. Ciechanowski; za jego też inicyatywą i głównem jego staraniem został wypracowany memoryał do Sejmu, mający na celu zwrócenie uwagi miarodajnych czynników na rażące braki w szpitalnictwie. Za inicyatywą Tow. krak. wniosły podobne memoryały do Sejmu: Izby lek., Wydziały lekarskie, Towarzystwo lekarzy galicyjskich, tudzież Tow. Samopomocy. Dalszą kwestyą, przez Towarzystwo w tym roku poruszoną, była sprawa położnych. Jaskrawe braki i nienormalne stosunki zostały należycie skreślone przez kol. Piotrowskiego, który wraz z komisyą, w tym celu wybraną, opracował szereg wniosków do Sejmu, mających na celu sprawę tak ważną raz nareszcie na lepsze pchnąć tory. Sam projekt znany jest czytelnikom »Przeglądu lekarskiego«. Sprawa państwowej ustawy o chorobach zakaźnych była również przedmiotem bardzo ożywionej dyskusyi. Projekty zasad ustawy przeciw chorobom zakaźnym nie uwzględniały prawie zupełnie stosunków galicyjskich, to też na wniosek kol. Prof. Browicza i Ciechanowskiego przesłało Towarzystwo prośbę do Rządu krajowego o zwołanie w tej sprawie ankiety lekarskiej, w skład której wchodziliby członkowie Rady zdrowia krajowej, wydziałów i towarzystw lekarskich, w celu ułożenia projektu ustawy, którąby uwzględniała odrębne stosunki galicyjskie. Kwestyą, będącą jeszcze w toku, jest poruszona przez Tow. sprawa przystąpienia do naszego Towarzystwa lekarzy wojskowych, Polaków, garnizonu krakowskiego«.

4) Skarbnik kol. Doc. Dobrowolski przedstawił sprawozdanie kasowe. Na wniosek komisyi kontrolującej udzielono skarbnikowi absolutoryum i uchwalono wyrazić mu podziękowanie za znakomite prowadzenie spraw.

5) Przyjęto do wiadomości następujące sprawozdanie bibliotekarza, kol. Flisa:

»Jako członek komisyi bibliotecznej w roku 1906 miałem sposobność przekonać się, że stan faktyczny biblioteki nie zupełnie zgadza się z inwentarzem. Z chwilą objęcia obowiązków bibliotekarza uważałem za konieczne sporządzić nowy inwentarz według druków przezemnie podanych. Ponieważ przy wpisywaniu do nowego inwentarza każdego dzieła należało sprawdzać, czy ono istotnie w bibliotece się znajduje i czy katalog kartkowy się zgadza, była to więc praca duża i powolna. Do końca roku zdołałem zaledwo dział A, t. j. dzieła i rozprawy zinwentować. W nowym inwentarzu przeprowadzono ściśle jednolitą zasadę numerowania zbiorów, t. j. że pod jednym Nrem wpisywano jedynie jedno dzieło. Dotyczy ta różnica głównie broszur balneologicznych. Obecnie zajęty jestem kollacyonowaniem nowego inwentarza, a po skończeniu tej czynności nastąpi inwertowanie zbiorów nie wpisanych. Obecny inwentarz ma dotąd 6,211 numerów. Pozostaje nadto: 1) Sprawdzenie inwentarza działu B, t. j. czasopism, i równoczesne sporządzenie katalogu kartkowego braków, dotąd jako inwentarz C prowadzonego. 2) Uporządkowanie i uzupełnienie inwentarza działowego. 3) Sporządzenie katalogu kartkowego dubletów, których sporo biblioteka posiada, a za które czy drogą sprzedaży, czy wymiany, mogłaby wiele innych dzieł nabyć. Jest to praca, która na jakie 2 lata liczoną być musi.

W roku bieżącym po częściowem tylko, w sprawozdaniu wspomnianem, uporządkowaniu biblioteki, okazała się już szczupłość miejsca.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« jak zawsze, tak i w r. b. zasilała bibliotekę znaczną ilością czasopism i dzieł, za co jej zasłużone wyrazy podzięki się należą.

Z biblioteki wypożyczało w r. b. 21 członków Towarzystwa i 2 nieczłonków; razem 23. Wypożyczono ogółem 65 dzieł i czasopism. Nadto kilkunastu kolegów korzystało z biblioteki w lokalu Towarzystwa.

Na zakończenie sprawozdania parę słów o czytelni. Obecny sposób przechowywania czasopism powinien być zmieniony. W ciągu roku bowiem wiele czasopism ulega dekompletacyi. Należy koniecznie sprawić szafę zamykaną, a w czytelni pozostawiać jedynie ostatni numer czasopisma«.

Na wniosek kol. Prof. Ciechanowskiego uchwalono wyrazić kol. Flisowi podziękowanie za gorliwe starania około uporządkowania biblioteki.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie administratora »Przeglądu lekarskiego«, kol. Wojciechowskiego, wyrażając zarazem na wniosek kol. Prym. Borzęckiego podziękowanie Administracyi i Redakcyi.

7) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Administracyi »Słownika lekarskiego«, przedstawione przez kol. Prof. Ciechanowskiego i Wojciechowskiego. Towarzystwo zdołało upłacić w r. 1907 dalszą część długu za druk Słownika.

8) Komisye przemysłowo-lekarska i higieniczna nie mogły z powodu choroby głównych członków zarządu złożyć sprawozdań.

9) Ustępujący prezes, kol. Prof. Rosner, oddając urzędowanie w ręce swego następcy, kol. Prym. Borzęckiego, nakreślił w gorąco przyjętem przemówieniu ogólny obraz stanu i działalności Towarzystwa, oraz najbliższych jego zadań.

Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Akademia Umiejętności w Krakowie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie d. 2. grudnia 1907.

Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z p. J. Roblem p. t.: **Studya nad chlorofilem.**

Autorowie wykazują, że t. zw. feofetyna Willstätera jest identyczna z ciałem, dawno już otrzymanem przez Schuncka i Marchlewskiego przez działanie niewielkich ilości kwasu solnego na surowe roztwory chlorofilowe w alkoholu. Produkt ten autorowie obecnie nazywają filogenem i podają jego własności chemiczne i fizyczne. Filogen pod wpływem stężonego kwasu solnego przemienia się w filoksantynę i filocyaninę, lecz nie zawiera tych ciał w stanie gotowym, co można było udowodnić zachowaniem się eterowych roztworów filogenu z jednej strony, a filocyaniny i filoksantyny z drugiej do rozcieńczonych kwasów solnych o różnem stężeniu.

Czł. J. Nusbaum przedstawia pracę p. A. W. Jakubskiego p. t.: **Badania nad zrębem (neuroglią) układu nerwowego pijawek.**

W skład tkanki gliowej u pijawek wchodzi stała liczba komórek glioWych, o położeniu, wielkości i kształcie stałym dla każdego gatunku. Przeprowadzając badania porównawcze, przekonał się autor, że pewne części układu nerwowego są zaopatrywane w tkankę gliową przez włókna określonych komórek gliowych. Tak rusztowanie spoidła i nerwu Faivrea tworzą wyrostki komórek spoidłowych, ułożone w promieniste przegrody. Nerw Faivrea u Gnathobdellidae wchodzi cały w skład spoidła,

u Rhynchobdellidae zaś łączy się zapomocą wązkiego (do 5 μ) mostka gliowego. W masie ośrodkowej zwoju biegną wyrostki komórek środkowych, których kształt u różnych grup pijawek jest różny. Podobnie różna bywa i ilość wyrostków. U Gnathobdellidae połączenie gliowe masy ośrodkowej i spoideł występuje nader słabo; u tej grupy bowiem nasady spoideł są podzielone na pęczki przez wypustki neurylemy. U Rhynchobdellidae, gdzie nie ma tego rozpadu spoideł, włókna gliowe masy ośrodkowej i spoideł na całej szerokości tych ostatnich ze sobą się łączą. Komórki Leydiga tworzą rusztowanie gliowe dla nerwów bocznych. Wzajemne łączenie się tych włókien z włóknami masy ośrodkowej występuje w sposób, opisany wyżej dla spoidła. W odróżnieniu od komórek gliowych wyżej opisanych, w których ciele znajduje się gęsta sieć włókien gliowych, komórki pakietowe nie wykazują tej sieci. U Gnathobdellidae tworzą one niewielką ilość włókien gliowych, u Rhynchobdellidae brak tych ostatnich, natomiast plazma ich ulega przemianie drobnosiateczkowej.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. Posiedzenie d. 24. stycznia 1908.

Po przemówieniu nowowybranego przewodniczącego, nakreślającem program pracy w Towarzystwie w roku bieżącym i po zawiadomieniu o przyjęciu nowych członków, zamianowano członkiem honorowym byłego dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie, Dra Bol. Głowackiego.

1) Prof. Dr Mars przedstawia: *a*) chorą, u której w 6 tygodni po porodzie powstało **ropienie w prawem więzadle okrągłem.** Rozpoznanie napotykało z początku na pewne trudności, dopiero przez wystąpienie kiełbasowatego, wzdłuż kanału pachwinowego biegnącego, chełbocącego obrzęku i po wybadaniu trąbki tejże strony, rozpoznanie zostało ustalone. Po nacięciu ropnia sprawa wkrótce się zagoiła. Ropienie więzadła okrągłego należy do spraw nader rzadkich. *b*) Preparat **ciąży jajowodowej,** pochodzący z chorej, która w 9. miesiącu ciąży po ustaniu ruchów płodu zgłosiła się do kliniki. Rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną, a przy operacyi znaleziono łożysko przyczepione do końca jajowodu, płód w jamie brzusznej z poszarpanemi błonami i dużą ilością smółki. Wyjęto, co się dało, ranę częściowo zaszyto i założono setony. Chora ma się obecnie dobrze. *c*) Preparat **ciąży śródmiąższowej** (*gr. interstitialis*) z chorej, która przed rokiem zaczęła rodzić, t. j. wody odeszły, płód zaś został. Brzuch się zwiększał. Po roku zgłosiła się do kliniki, gdzie rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną i wykonano amputacyę nadpochwową. Przypadek ciekawy dlatego, że mimo donoszonego płodu nie nastąpiło tu pęknięcie, co prawie z reguły zdarza się przy tego rodzaju ciąży.

2) Dr Czyżewicz jun. przedstawia chorą ze **zmięknieniem kości,** będącą w 7. mies. ciąży. Przy przyjęciu stwierdzono znaczną bolesność dotykową kości, szczególnie miednicy i żeber, niemożebność wykonywania ruchów, szczególnie chodzenia. U chorej stosowano **wstrzykiwania podskórne adrenaliny** z początku po 0,0001 raz dziennie, następnie dawkę zwiększano aż do 0,001. Z początku występowały po wstrzyknięciu bole głowy, zaczerwienienie twarzy i silne napięcie tętna; objawy te później nie występowały, aż dopiero po 3 tygodniach (przy dawce 0,014), — wówczas wstrzykiwań zaprzestano. Stan podmiotowy chorej polepszył się o tyle, że bole kości ustąpiły, chora jednak nie chodzi. Pomiary miednicy stwierdzają jej rozszerzenie.

3) Dr Groebel przedstawia chorą również ze **zmięknieniem kości** (nie przechodziła ciąży), u której w celu leczniczym stosowano **adrenalinę** w jednorazowej dawce pół cm^3 rozczynu 1:1000. Wybitniejszego odczynu nie zauważono. Obecnie bole ustąpiły i można stwierdzić polepszenie. Podobny mniej więcej wynik zauważono u drugiej chorej.

W dyskusyi zabiera głos Prof. Dr Szpilman i omawia ze stanowiska anatomii porównawczej podobną sprawę chorobową u bydła, łamliwość kości, występującą często w czasie posuchy, zdaje się, z powodu braku soli wapniowych w paszy. Podawanie soli w paszy bywa wówczas bardzo skuteczne. — Dr Skałkowski, zaznaczając, że zmięknienie kości pozostaje niewątpliwie w związku z ciążą, sądzi, że przyczyną utrudnionego chodzenia są przedewszystkiem bole. Co do możliwego rozszerzenia miednicy przytacza przypadek, w którym chora po trzykrotnem cięciu cesarskiem, czwarty raz sama urodziła. Jest zwolennikiem wytrzebienia. — Dr Bocheński nie przypisuje adrenalinie w zmięknieniu kości działania leczniczego i zwraca uwagę na niebezpieczeństwo jej stosowania. Jeżeli jest jakieś polepszenie, to jest to zasługą dobrych warunków higienicznych i lepszego pożywienia klinicznego. Przy zmięknieniu kości działa dobrze fosfor. — Doc. Sołowij na podstawie własnego doświadczenia uważa również fosfor za środek dobry; rozszerzenie miednicy, o którem wspomina Czyżewicz, jest, zdaje się, następstwem leżenia. — Dr Nowicki uważa adrenalinę za środek nie bardzo bezpieczny. Dla zwierząt, jak stwierdził z kol. Hornowskim, jest adrenalina niewątpliwie trująca, a nawet niejednokrotnie wywołuje śmierć nagłą. Dłuższy czas stosowana śródżylnie wywołuje adrenalina charakterystyczne zmiany anatomiczne u królików: przerost serca i zmiany w tętnicy głównej. — Prof. Gluziński podnosi z naciskiem to trujące działanie wyciągów z nadnerczy i to na podstawie własnych doświadczeń na zwierzętach jeszcze w r. 1893; zaznacza przytem, że nie jest ono jednakie u wszystkich zwierząt. — Dr Pisek nie widział dodatnich wyników działania adrenaliny przy krwotokach wewnętrznych (dur brzuszny); przy stosowaniu zewnętrznem, gdzie lekarz użył przy krwotoku nosowym tamponów adrenalinowych, wystąpiły alarmujące objawy.

Witold Nowicki.

† Dr Ignacy Lemberger.

Z polskiej rodziny, urodzony w Pradze czeskiej 19. XI. 1865, ukończył ś. p. Ignacy Lemberger niższe gimnazyum w Krakowie i obrawszy zrazu zawód farmaceutyczny, uzyskał 1. VII. 1886 w Uniwersytecie Jagiellońskim dyplom magistra farmacyi. W tymże roku objął stanowisko asystenta w zakładzie chemii ogólnej, kierowanym wówczas przez ś. p. prof. Czyrniańskiego, a potem przez prof. Olszewskiego. Na tem stanowisku pracując przez lat osiem, do końca września 1894, złożył wśród tego egzamin dojrzałości w r. 1892 i rozpoczął studya lekarskie. W toku tych studyów przeniósł się na stanowisko demonstratora, a później (1896) asystenta przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej, gdzie pracując pod kierunkiem prof. Gluzińskiego, a następnie prof Kleckiego, prowadził dział chemiczny aż do r. 1898. W r. 1897 uzyskał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Od jesieni roku 1898 pełni znów przez szereg lat obowiązki asystenta w zakładzie farmakologii i farmakognozyi, kierowanym przez prof. Łazarskiego; wreszcie 1 lutego 1900 obejmuje samodzielne kierownictwo miejskiej pracowni chemicznej w Krakowie. Przez cały czas wieloletniej działalności na stanowisku asystenta uniwersytetu oddaje się ś. p. Lemberger z wielkim zapałem pracy naukowej, której owocem były następujące, drukiem ogłoszone dzieła i rozprawy:

»Podręcznik do jakościowego rozbioru chemicznego do użytku w pracowni«. Kraków, 1892.

(Gluziński i Lemberger) »O wpływie istoty gruczołu tarczykowego na wymianę materyi« (Przegląd lek. 1896, po niemiecku 1897).

(Gluziński i Lemberger) »O wpływie braku gruczołu tarczykowego w organizmie zwierzęcym na wymianę materyi«. (Rozprawy Wydziału mat. przyr. Akademii Umiej. 1897, w tymże roku po niemiecku).

»Przyczynek do sprawy wchłaniania w przewodzie pokarmowym w przebiegu podostrego nieżytu jelitowego« (Przegląd lek. 1897).

»Rozbiór chemiczno-bakteryologiczny wód studziennych miasta Krakowa« (1899).

»Skład chemiczny troponu i jego wartość odżywcza ze stanowiska teoretycznego« (1899).

»O kłączu gorzknika kanadyjskiego i jego płynnych wyciągach« (1899).

»Pogląd na najnowsze leki ze stanowiska chemicznego, farmakologicznego i leczniczego (IX. Zjazd lek. i przyr. polsk. 1900).

»O sposobach badania roślinnych leków surowych i środków spożywczych« (Czas. Towarz. aptek. 1900).

(Wachholz i Lemberger) »Jak długo daje się wykazać tlenek węgla po śmierci we krwi zaczadzonych« (IX. Zjazd lek. i przyr. polsk. 1900).

»O przyrządzie do badania wymiany gazów podczas oddychania u zwierząt« (Polsk. Arch. nauk biol. i lek. 1901).

(Wachholz i Lemberger) »Przyczynki doświadczalne do nauki o otruciu tlenkiem węgla« (Nowiny lek. 1902).

»O związkach saponinowych« (Przegl. lek. 1905).

»Kreseptol, septosol i litantrol« (Tamże).

»O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie« (Nowiny lek. 1905).

»Czy można zastąpić wody mineralne naturalne sztucznemi?« (Medycyna 1905).

»O mieszaninie kamfory z fenolem« (Przegl. lek. 1906).

»O jadach zwierzęcych« (Tamże).

»Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej«. Kraków, 1907, 2 tomy.

W r. 1900 mianował Wydział lekarski ś. p. Lembergera docentem farmakognozyi i mikroskopii środków spożywczych, a przed rokiem wniósł do ministerstwa o mianowanie Go profesorem nadzwyczajnym tego przedmiotu. Nominacyi tej już ś. p. Lemberger niestety nie doczekał....

Z samego suchego zestawienia dat z życia ś. p. Lembergera wyczytać nietrudno, że życie nie upływało Mu na różach. Trzeba było żelaznej iście wytrwałości, pracowitości mrówczej, niestygnącego zapału do nauki, by tak, jak On, w warunkach bardzo trudnych, o własnych tylko siłach, wśród mozolnej troski o byt, zdobywać umiłowaną wiedzę, by obok żmudnych, wielogodzinnych zajęć asystenta w pracowni chemicznej, zdobyć się na badania naukowe i pracę piśmienniczą. Wśród kilku pokoleń lekarskich, które przesunęły się przez pracownię prof. Czyrniańskiego i Olszewskiego, żyje wdzięczne wspomnienie życzliwości, wyrozumiałości i niewyczerpanej cierpliwości, z jaką ś. p. Lemberger każdemu z uczniów spieszył z pomocą, wyjaśnieniem i radą. O gorliwości i ścisłości ś. p. Lembergera w wypełnianiu obowiązków świadczy działalność Jego na stanowisku chemika miejskiego, której częściowem tylko odbiciem jest sama już ogromna liczba osobiście przez niego wykonywanych badań przetworów spożywczych i t. p., wymieniana corocznie w Sprawozdaniach krajowej Rady Zdrowia. Na tem stanowisku był bezwątpienia jednym z najczynniejszych i najużyteczniejszych członków miejskiego urzędu zdrowia. Praca komisyi przemysłowo-lekarskiej w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, której przez lat wiele był członkiem, spoczywała w bardzo znacznej części na Jego barkach, a rozległe wiadomości specyalne w połączeniu z ogólnem wykształceniem lekarskiem i wielką sumiennością jednały Mu powszechne zaufanie.

Wytężonej, nieprzerwanej, a żmudnej pracy nie podołał wątły ustrój. Raptownie rozwijająca się gruźlica przecięła w pełni lat pasmo pracowitego żywota. Oddany całkowicie swym zajęciom, nie szukający rozgłosu, niemal usuwający się umyślnie w cień, pogodnego i spokojnego zawsze usposobienia, szerszym kołom mało znany, szedł ś. p. Lemberger cicho przez twarde życie i zgasł równie cicho. Zmarł 25 stycznia 1908, osieracając żonę i czworo dzieci.

W gronie kolegów i rówieśników, którzy ś. p. Lembergera bliżej znać mieli sposobność, budzi śmierć Jego przedwczesna głęboki żal po zacnym koledze i dobrym człowieku.

Stanisław Ciechanowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich. W sekcyi, poświęconej sprawom bytu lekarzy, toczyły się w d. 22. I. 1908 w dalszym ciągu rozprawy nad możliwością ustalenia minimalnej taksy lekarskiej. Obecne minimalne wynagrodzenie internistów (1 rb. za poradę w domu, 2 rb. za wizytę na mieście) odpowiada ledwie taksie, przewidzianej w ustawie lekarskiej z r. 1848, gdy tymczasem ceny utrzymania podniosły się od tego czasu conajmniej trzy, a nawet czterokrotnie. Ustawa z r. 1848 wyznacza nadto osobne, dość wygórowane wynagrodzenie za przejazd poza 1 wiorstę, za wszelkie świadectwa, a nawet listy w sprawie chorych, które dziś wszystkie bezpłatnie bywają załatwiane. Rolę filantropów odziedziczyliśmy po lekarzach z owych czasów, kiedy wszelkie posady były obsadzone przez lekarzy Polaków, którzy prócz aureoli, przywiązanej do zaszczytnego stanowiska, pobierali wynagrodzenie, które dziś jeszcze nazwaćby można hojnem (np. asystent oddziałowy prócz mieszkania i wiktu pobierał 6000 złp. rocznie). Lekarze nietylko mogli, ale nawet mieli obowiązek być filantropami względem społeczeństwa, gdyż rząd zapewniał im życie bez troski o byt materyalny. Dziś warunki zmieniły się całkowicie. Lekarz powinien pozbyć się przyzwyczajeń, które uchodzą za zaletę, a są właściwie jego wadą, powinien wyzbyć się roli rzekomego filantropa, a być filantropem jedynie przez dobrą, umiejętną i sumienną pracę. Wynagrodzenia należy żądać śmiało i na właściwych warunkach, ze względu nietylko na własny byt materyalny, ale i przez wzgląd na innych, głównie młodszych kolegów i przez wzgląd na przyszłość medycyny, która rozwijać się może jedynie wtedy, gdy lekarze będą mieć zapewniony byt materyalny. Obowiązek dostarczania pomocy lekarskiej ludności ubogiej powinien ciążyć na państwie i społeczeństwie, a nie wyłącznie na lekarzach. Po dłuższej dyskusyi, w której zabierali głos J. Zawadzki, W. Janowski, T. Heiman, Karczewski, Mucha i inni, wybrano komisyę, która ma na przyszłem posiedzeniu przedstawić projekt minimalnej taksy za porady w chorobach wewnętrznych.

Na temże posiedzeniu odczytano list jednego ze związków zawodowych w Warszawie, który chciałby korzystać z pomocy lekarskiej, udzielanej przez członków Stowarzyszenia, na dogodnych dla siebie warunkach. Obecni, zważywszy, że podobne układy stanowi lekarskiemu korzyści zapewnić nie mogą, postanowili odpowiedzieć, że Stowarzyszenie jednolitych warunków, obowiązujących wszystkich członków Stowarzyszenia przedstawić nie może, natomiast gotowe jest ułożyć umowę dotyczącą li tylko pewnej ściśle wymienionej grupy lekarzy. *W. K.*

Walne Zgromadzenie Towarzystwa Samopomocy lekarzy w d. 26. I. 1908 pod przewodnictwem I. wiceprezesa Dra Damskiego uchwaliło poprawki nowego statutu, konieczne ze względów formalnych. *R.*

Z Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy. W dniu 25. I. 1908 odbyło się w lokalu Towarzystwa we Lwowie (ulica Szeptyckich l. 19, I. p.) w obecności c. k. notaryusza p. Nartowskiego, II. Walne Zebranie definitywnie zgłoszonych członków nowozawiązującego się Tow. Wzaj. Pom. lekarzy galic. we Lwowie. — Przewodniczył Zebraniu Dr Mieczysław Sołtysik, sekretarzem zaś był Dr Praschil, obaj ze Lwowa. — Dotychczas zgłoszono 153 deklaracyi przystąpienia do Towarzystwa. Na Zgromadzeniu obecnych było razem z gośćmi ze świata lekarskiego osób 30, między tymi zaś 15 członków ze Lwowa, jeden ze Stryja, jeden z Kałusza; ośmiu członków z prowincyi nadesłało pełnomocnictwa do głosowania. — Obrady zagaił Dr A. Wątorek, wyjaśniając, iż nowozawiązujące się Towarzystwo, będące w istocie swojej Stowarzyszeniem zaliczkowem z ograniczoną poręką, przez utworzenie w funduszu rezerwowym funduszu zapomogowego, przy pomocy rocznych obowiązkowych wkładek od każdego udziału, nabiera cech Towarzystwa filantropijnego. — Przez wprowadzenie zaś przymusu asekuracyjnego dla członków, stwarza dla nich surogat funduszu emerytalnego, który z czasem, gdy Towarzystwo się rozwinie, łatwo da się zamienić na statutowo uregulowany fundusz emerytalny lekarski, ułożony na wzór urzędniczy. — Następnie rozwinęły się rozprawy nad sposobem użycia funduszu zapomogowego, oraz nad określeniem wysokości jednego udziału w Towarzystwie, a gdy zupełne porozumienie się co do tych dwóch spraw nastąpiło, przystąpiono do szczegółowego odczytania statutu, a to celem ustalenia stylizacyi poszczególnych paragrafów. — Po przeczytaniu statutu wszyscy obecni członkowie podpisali protokół, sporządzony przez notaryusza, a Walne Zebranie zleciło mu uchwalony statut bezzwłocznie podać do Sądu handlowego do zarejestrowania. *Dr Wątorek.*

Komitet frysztacki organizacyi śląskiej *nadesłał nam z prośbą o ogłoszenie następujące:*

Ostrzeżenie.

Wydziały gmin Piotrowice i Piersna, w starostwie frysztackiem na Śląsku austr. (w Cieszyńskiem), wypowiedziały z uderzającą co do godziny jednomyślnością i nie mając żadnego słusznego powodu, posady lekarza gminnego i oglądacza zwłok Drowi Henrykowi Kłuszyńskiemu, lekarzowi w Piotrowicach, który te obowiązki przez 7 lat prawie bezinteresownie sprawował. Ponieważ jest prawdopodobnem, że gminy te w następstwie mają zamiar zwabić do Piotrowic drugiego lekarza, przeto podaje się do wiadomości kolegów, że Piotrowice liczą 1300 mieszk., nader rozrzuconych na obszarze 9 klm.², a Piersna oddalona od Piotrowic $2\frac{1}{2}$ klm. 500 mieszk. na 5 klm.². Ludność w obydwu gminach składa się wyłącznie z ubezpieczonych robotników górniczych i fabrycznych, oraz z małych niezamożnych rolników, a więc z praktyki prywatnej nie można się wiele spodziewać,

tembardziej, że obie gminy leżą tuż przy granicy cesarstwa niemieckiego, skąd lekarze także sprawiają konkurencyę; z dotychczasowych dochodów posady w tych gminach 400 i 50 K. odpada 150 K. na koszta jazdy. Kasy chorych są nie do oddania, dlatego owe posady gminne są nie do utrzymania, tembardziej, że Dr Kłuszyński pozostaje nadal na miejscu. Wzywa się przeto kolegów, aby o wyżej podane posady się nie ubiegali.

Za komitet frysztacki:

Dr Wacław Olszak, Dr Kazimierz Michalik.

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. ostrzega przed ubieganiem się o posady w Steyr, w Jagenbach (pow. Zwettl), w Ramsau (pow. Heinfeld) bez porozumienia się z Prezydyum Związku. Prezes: *Dr Janeczek.*

Szybki przyrost lecznic prywatnych udziałowych (sanatoryów) w Wiedniu (w r. b. ma powstać naraz pięć), uważa »Wiener med. Wochs.« (3) za znamienną cechę niekorzystnych stosunków zarobkowych wśród lekarzy, stając zresztą wobec tych zakładów na stanowisku dość pesymistycznem. Albobowiem lecznica jest tania, ale wtedy nie może zapewnić chorym dostatecznego komfortu, a właścicieli naraża na straty, albo dostarcza odpowiednich wygód, ale wtedy musi być droga i nie może mieć wielkiego powodzenia. — Trudno osądzić, o ile uwagi te odnieść się dadzą do stosunków u nas, gdzie również w ostatnich czasach (we Lwowie i w Krakowie) powstały lub powstać mają liczne lecznice spółkowe i udziałowe. *R.*

Sprawa lekarzy szkolnych rozpatrywana była 13. i 20 I. 1908 w »Austryackiem Towarzystwie badania dzieci« w Wiedniu, przyczem Dr Dehne podał ciekawe wyniki działalności lekarzy szkolnych, utrzymywanych w Berndorf kosztem fabryk Kruppa. I tak np. stwierdzono, że 10 prc. dzieci, świeżo do szkół przyjętych, należałoby wyłączyć (z powodu nieuleczalnych chorób itd.), a aż do 58 prc. poddać stałemu nadzorowi lekarskiemu. Dr Dehne sądzi, że lekarze szkolni powinniby badać wszystkich uczniów najmniej raz na półrocze. — Ciekawsze jeszcze były wywody prof. Eschericha, podającego, że z chorób zakaźnych są tylko odra, kur i ospa wietrzna chorobami »szkolnemi«, nie są zaś niemi płonica, krztusiec i błonica. Zdaniem prof. E. nie może lekarz szkolny prawie niczem przyczynić się do zwalczania ostrych chorób zakaźnych (?), chybaby codzień badał wszystkich uczniów; natomiast dużo może nadzór lekarski zdziałać w zwalczaniu gruźlicy w szkole. W dalszych rozprawach w dniu 20. I. mówił m. i. Doc. Kunn o chorobach oczu u dzieci szkolnych, zbijając utarte mniemania o »krótkowidztwie szkolnem«. Dr Aberle, omawiając ortopedyę w szkole, zwrócił uwagę, że prócz złych ławek i złego siedzenia wpływa szkodliwie na kręgosłup także noszenie torby z książkami na jednem zawsze ramieniu i żądał współdziałania lekarzy szkolnych z nauczycielami i rodzicami.

Od Nowego Roku 1908 poczęło obowiązywać w Londynie nowe prawo o szkołach ludowych. Według tego prawa muszą być wszystkie dzieci przy przyjęciu do szkoły, przy jej opuszczeniu i przynajmniej raz w ciągu roku szkolnego zbadane przez lekarza obwodowego (z pomocą specyalistów); a badanie to »nie ma dostarczać tylko danych statystycznych«, ale ma się na niem opierać zapobieganie chorobom, zwalczanie ich, nadzór nad zdrowiem dziatwy szkolnej, także i poza szkołą. Coprawda, wykonanie tego niewątpliwie dobrego prawa pozostawiono, zwyczajem angielskim, władzom miejscowym (samorządnym), nie zawsze mającym dostateczne środki. *R.*

Pomnożenie ćwiczeń cielesnych w szkołach było przedmiotem obrad ankiety ministeryalnej w sprawie reformy szkół średnich w Austryi w d. 25. I. 1908. Zdania o tem były dość rozbieżne: gdy jedni (prof. Hueppe, dyr. gimn. Thumser, prof. Wegscheider) oświadczyli się za tem, aby gimnastyka była obowiązkową we wszystkich szkołach średnich, to drudzy występowali znów przeciw obowiązkowym zabawom ruchowym (insp. Scheindler, naucz. gimnastyki Lukas). *R.*

Fizyczne wychowanie dzieci w Warszawie. Z końcem r. z. dobiegło 5 lat działalności ogrodów im. Raua; sprawozdanie z tego okresu ogłasza Dr Rottermund w »Zdrowiu« (Nr 1.). Ogrody miały wielką frekwencyę; do maja 1907 dobiegła ona 1,748.913! W jednym ogrodzie bawiło się latem dziennie od 198—284 dzieci; ogrodów było czynnych z początku 6, potem 12, obecnie tylko 8. Całkiem do celu zastosowanych (kryte schronisko, boiska, przyrządy) ogrodów jest 4. Zabawy ruchowe odbywały się bądź jako dowolne (bez osobnego zapisywania dzieci), bądź jako »zapisowe« (dla stałych uczestników); prócz tego prowadzono w ogrodach gimnastykę, śpiewy, naukę pływania i kąpiele (w 4 latach 128,860 kąpieli). Zabawy zimowe weszły na tor prawndłowy dopiero w roku 1906 (z bezpłatnej ślizgawki korzystało. np. 43,631 dzieci). Również w r. 1906 uregulowano sprawę kształcenia odpowiednich kierowników zabaw. Ksozt zabawy jest stosunkowo nieznaczny; na jedno dziecko wypadało w r. 1903 11,18, groszy, w r. 1906 — 6,36 groszy. *R.*

Wzajemne zawiadamianie się władz pogranicznych o chorobach zakaźnych (cholera, mór, gorączka żółta, błonica, czerwonka, dur, ospa, płonica, a w razie nagminnego wybuchu także odra, gorączka połogowa, krztusiec i jaglica) ułożyły między sobą Niemcy i Belgia w ugodzie z 1. IX. 1907. *R.*

Międzynarodowy Urząd zdrowia w Paryżu, utrzymywany wspólnym kosztem 13 państw, które zawarły odpowiednią umowę w Rzymie 9. XII. 1907, ustanowiony został na lat 7 z milczącem przedłużeniem na dalszych 7 lat. Do umowy nie przystąpiły ani Austro-Węgry, ani Niemcy. Dotacya roczna tego urzędu wynosi 150,000 fr. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 19. do 25. I. 1908 doniesiono o 66 nowych przypadkach duru plamistego w 15 gminach, a mianowicie: pow. Czortków (Kossów 2), Dobromil (Jamna dolna 3), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 21), Jarosław (Jarosław 1, Tuchla 9, Miękisz nowy 2), Kałusz (Dobrowlany 1), Lisko (Lisko 4), Przeworsk (Mokra strona 1, Przeworsk 4), Rawa (Korczów 1), Skałat (Połupanówka 5, Krasne 2, Skałat 3, zachorował lekarz pow. Dr Janikiewicz), Tłumacz (Jezierzany 7), o 10 przypadkach ospy w 2 gminach, a mianowicie pow. Chrzanów (Gromiec 7, Czerna 3) i o 7 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w pow. Stanisławów (Zabereże 7). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 19 do 25. I. 1908 urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 6; zmarło osób 53 (w tem obcych 14), z nich z gruźlicy 15 (2), zapalenia płuc 12 (2), płonicy 2 (2), krztuśca 1, duru brzusznego 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. do 25. I. 1908 zgłoszono przypadków: odry 1, płonicy —, duru brzusznego 2 † 1, błonicy 4, krztuśca 1 † 1. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 12. do 25. I. 1908 było przypadków: błonicy 11 † 3 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 38 † 2 (2 † —), ospy 6, płonicy 47 † 5 (6 † —), odry 15 (2), duru brzusznego 6 † 1 (4 † 1). czerwonki 1 † 1 (1 † 1), nagm. zapalenia opon 1. *L.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 29. I. posiedzenie, na którem: 1) Dr Korolewicz mówił o najnowszych próbach krwi (papierki benzydynowe, aloinowe i próba Schlesinger-Holsta), 2) Dr Szurek zdawał sprawę z wyników organoterapii przetworami Poehla, 3) Doc. Dr Seńkowski wykładał o ultramikroskopii i badaniu w ciemnem polu.

— Na opróżnione stanowisko prymaryusza oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza rozpisał Wydział krajowy konkurs z terminem do d. 15 lutego 1908, a kierownictwo oddziału powierzył tymczasowo sekundaryuszowi Dr Kwiatkowskiemu.

— Wydział krajowy, uwalniając z d. 31. I. b. r. Dra Waleryana Macudzińskiego od obowiązków Dyrektora szpitala w Jaśle i przenosząc go na własne jego żądanie w stały stan spoczynku, wyraził mu przytem »zupełne uznanie za długoletnią służbę i okazywaną gorliwość o dobro powierzonego jego kierownictwu szpitala«.

— Wszystkim prenumeratorom »Przeglądu lekarskiego« rozesłany już został bezpłatnie IV. zeszyt I. tomu »Rocznika lekarskiego«, obejmujący następujące prace: 1) Dr K. Orzechowski: W sprawie anatomii patologicznej i patogenezy pląsawicy ostrej obok uwag o obumieraniu komórek nerwowych i ich jąder. 2) Dr Pisarski: Wpływ zatrucia fosforem na składniki krwi u ludzi i zwierząt.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Józef Kostrzewski, rodem z Krakowa.

— Towarzystw, opiekujących się chorymi i udzielających zapomóg, jest w Krakowie aż 115 z 28.091 członkami (katolików 15,993, izraelitów 12,098).

— Potrzeba lekarza na ważny kresowy posterunek narodowo-społeczny. Zgłoszenia do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 17. I. 1908 doroczne posiedzenie administracyjne, na którem Zarząd złożył sprawozdanie z czynności w r. z. Posiedzeń odbyło się w r. 1907 24, z nich jedno uroczyste. Najliczniejsze były wykłady i demonstracye z zakresu chirurgii (26), potem z zakresu chorób wewnętrznych (15), dalej ginekologii (9). Z ważniejszych wydarzeń podaje sprawozdanie: zawiązanie się w Towarzystwie sekcyi otolaryngologicznej, obchód trzydziestolecia Towarzystwa, akcyę około usamodzielnienia Tow. i budowy własnego domu, oraz uznanie »Tygodnika lek.« za organ Towarzystwa. Liczba członków wzrosła w ciągu roku z 203 na 219. Dochody Towarzystwa wynosiły około 4,000 K; rachunki zamykają się deficytem 125 K. Komisya sprawozdawcza przesłała za r. 1906 — 144 streszczeń prac polskich do roczników Virchowa; opracowało je 17 kolegów pod przewodnictwem Prof. Becka.

— Prof. Dr Antoni Gluziński odznaczony został orderem żelaznej korony III kl.

— Do Sejmu kandydują z lekarzy, prócz wymienionych poprzednio: dotychczasowy poseł Dr Wurst w Kałuszu, Dr Ozarkiewicz w powiecie lwowskim.

— W klinice chirurgicznej lwowskiej wakuje posada elewa rządowego z płacą 600 K rocznie.

Warszawa. Z objęciem szpitali przez miasto ożywiło się zajęcie się tymi zakładami i rozprawy publiczne nad ich udoskonaleniem, skupiające się głównie w wydziale szpitali warsz. Towarzystwa higienicznego. Zastanawiano się tam niedawno nad organizacyą opieki nad przewlekle chorymi, których usunięcie ze szpitali przysporzyłoby w szpitalach miejsca. Dr Bychowski doradzał oddawanie takich chorych w opiekę rodzinom (patronage). Pomysł ten, podniesiony także w dziennikach przez Dra St. Łagowskiego, spotkał się z krytyką zarówno w Towarz. higienicznem, jak i w prasie lekarskiej (»Medycyna i Kronika lek.«), gdyż w naszych stosunkach opieka rodzin (włościańskich) nad chorymi byłaby zupełnie niedostateczną: jedynem rozwiązaniem sprawy jest stopniowe tworzenie odpowiednich przytułków, przyczem nie należy się łudzić, by przez to szpitale zyskały zbyt wiele miejsca, gdyż i dziś znajduje się w nich niewielu tylko chorych przewlekle lub nieuleczalnie. »Gazeta lek.« (2) porusza sprawę odpowiedniego wynagrodzenia lekarzy szpitalnych, otrzymujących dotąd śmiesznie małą płacę (według norm z r. 1842! ordynatorowie po 300 rb. rocznie), a przeważnie pracujących nawet zupełnie bezpłatnie. Ponieważ miasto nie zamyśla o usunięciu tej anomalii, przeto lekarze powinni sami energicznie się o swe prawa upomnieć.

— Budżet szpitala w Tworkach, obecnie zarządzanego oddzielnie (przez gubernialną Radę dobr.) obliczono na r. 1908 w dochodach na 220,170 rb., w wydatkach na 322,190 rb.

— Miejska pracownia higieniczna, od kilku lat zaniedbana i źle pomieszczona, została przeniesiona do pawilonu, zbudowanego przez miasto na Krakowskiem Przedmieściu, gdzie łatwiej oddawać będzie odpowiednie usługi (badanie środków spożywczych). Pracownią zarządza lekarz-bakteryolog, mający do pomocy 2 chemików. Na pracownię tę wydaje miasto tylko 2,480 rb. rocznie; posiada ona cenną bibliotekę i przyrządy wartości 10,000 rb.

— Sekcya kąpieli szkolnych, której przewodniczy zasłużony na polu działalności higienicznej Dr J. Tchórznicki, zdołała w r. b. uwieńczyć swe dzieło, zapewniając kąpiele i reszcie dziatwy szkolnej, dotąd z nich nie mogącej korzystać. Obecnie rozporządza sekcya 15 kąpieliskami w szkołach, fabrykach i t. d. dla wszystkich 12,900 dzieci, uczęszczających do 215 szkół warszawskich: każde dziecko może się raz na miesiąc wykąpać.

— Nakładem księgarni M. Arcta, znanej z tanich wydawnictw popularnych, rozpoczął wychodzić popularno-naukowy miesięcznik: »Nauka dla wszystkich« (rocznie kosztuje 75 kop.), mający objąć także dział higieniczny.

— Towarzystwo higieniczne w Płocku urządza park Jordanowski.

Z różnych stron. I. międzynarodowy Zjazd laryngo-rynologiczny wraz z obchodem ku czci Türcka i Czermaka odbędzie się w Wiedniu 21—25. kwietnia b. r. Oprócz 55 zgłoszonych do końca grudnia wykładów (m. i. Herynga i Sędziaka z Warszawy) obejmuje program zjazdu 6 referatów, przyczem zaznaczyć należy, że dwa referaty oddano przedstawicielom nauki polskiej. Referaty będą następujące: 1) Ogólne leczenie cierpień górnych dróg oddechowych (Semon z Londynu). 2) Laryngologia i rynologia z ogólno-lekarskiego stanowiska (Fränkel z Berlina i Lermoyez z Paryża). 3) Leczenie gruźlicy górnych dróg oddechowych (Gleitsmann z N. Yorku i Heryng z Warszawy). 4) Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze promieni Röntgena i radu w laryngologii i rynologii (Burger z Amsterdamu i Gradenigo z Turynu). 5) Związek chorób nosa i jamy nosowogardłowej z chorobami oczu (Onodi z Pesztu i Kuhnt z Królewca), 6) Międzynarodowe zjazdy laryngo-rynologiczne (Jurasz). Prezesem Komitetu zjazdu jest Prof. Chiari (Wiedeń I, Bellariastrasse 12), sekretarzem Prof. Grossmann (Wiedeń, IX, Garnisonsgasse).

— Redakcye węgierskich pism lekarskich utworzyły »Związek prasy lekarskiej węgierskiej« celem podniesienia poziomu i znaczenia tej prasy. Prezesem związku, który przystąpił jako sekcya do międzynarodowego Związku prasy lek., wybrano Prof. Lenhosseka.

— Znany miliarder Rockefeller ofiarował założonemu przez siebie w r. 1901 w Nowym Jorku «Institute for medical Research« znowu 5 milionów dolarów. Wspominając o tem i o darach bogaczy angielskich i rosyjskich dla uniwersytetów i instytucyi humanitarnych, utyskuje »Deutsche med. Wochenschrift« (Nr 4), że w Niemczech niema równie hojnych ofiarodawców na te cele.

— Ogólny nadzór zakładów sanitarnych we Francyi przyłączył minister Clemenceau do głównej inspekcyi administracyjnej ministerstwa spraw wewnętrznych (stwarzając w ten sposób stosunki podobne do austryackich).

— Dziełko Dra A. Godlewskiego z Paryża p. t.: »Les neurasthénies« doczekało się drugiego wydania.

— Wspominaliśmy swojego czasu o niejakim Sollierze, który ofiarował Radzie m. Paryża milion franków pod warunkiem utworzenia komisyi, złożonej z laików, a nadzorującej działanie lekarzy, operacyi w szpitalach i t. d. Agitacyi za przyjęciem tego daru zdołał położyć kres dyrektor głównego zarządu szpitali paryskich, Mesureur, zażądawszy od Solliera dowodów, że ofiarodawca.... istotnie posiada ów przyrzeczony milion. Żądanie to odparł Sollier z oburzeniem, a tymczasem wyszło na jaw, że posiada on.... tylko niepopłacone długi i bardzo mętną przeszłość.

Mianowani: Dr Ancel profesorem anatomii, a Dr Bouin profesorem histologii w Nancy, Dr Gaudier profesorem chirurgii dzieci w Lille.

Powołani: ginekolog Prof. Sarvey z Rostocku do Erlangen, Prof. paryskiego Wydz. lek. M. Gley na katedrę biologii w »Collège de France«.

Zmarli: ginekolog Prof. Schwing w Pradze;

Dr Antoni Jelenkiewicz w 59 r. ż. i Dr Feliks Ficki w 54 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: (Prace z zakładu farmakologicznego Uniw. lwowskiego): *a*) Popielski: 1) O wpływie peptonów na czynność serca. 2) O fizyologicznem działaniu i chemicznych własnościach wyciągów z treści i ścianek jelit. 3) Adrenalina i środki podnoszące ciśnienie krwi. »Tyg. lek.« 1907. 4) Üb. d. physiol. Wirkung u. chemische Natur des Sekretins. »Ztbl. f. Physiol.« 1906. 5) Die Sekretionsthätigkeit der Bauchspeicheldrüse unter dem Einfluss von Salzsäure u. Darmextrakt. »Arch. f. d. ges. Physiol.« 1907. *b*) Mazurkiewicz: 1) Über d. Einfluss d. Pankreassaftes auf den Blutdruck etc. »Ztrbl. f. Phys.« 2) Die festen Bestandtheile des Bauchspeichels und die Theorie der Sekretionsthätigkeit des Pankreas. *c*) Modrakowski: Beiträge zu den antagonistischen Alkaloidwirkungen auf. die Drüsen. »Arch. f. d. ges. Physiol.« 1907. — Bogdanik: 1) O zapaleniu otrzewnej. »Tyg. lek.« i »Wr. med. Presse.« 1907. 2) Przyczynek do podskórnych obrażeń cewki moczowej. »Tygodnik lek.« 1907. — Ehrenpreis: O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie. »Now. lek.« 1907. — Barzycki: Pouczenie dla mieszkańców Szczawnicy o środkach dla zwalczania gruźlicy. (Krosno 1907).

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w ostatnim tygodniu grudnia 1907 i w styczniu 1908: *Gazeta lekarska Nr 50—52 (1907), 1—3 (1908):* Zawisza: Leukocyty w moczu chorych, dotkniętych gruźlicą dróg moczowo-płciowych. Otto: Gruźlica włóknista płuc, powikłana wylewem krwi do mózgu u 13-letniej dziewczynki (dok.). Kramsztyk: Maślanka jako pokarm dla niemowląt (dok.). Heiman: Rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia usznego (dok.). Wretowski: O inoskopii. Pruszyński: Teorya jonów i jej zastosowanie w medycynie (dok.). Dłuski i Rospędzikowski: Badania krwi według metody Arnetha u chorych na gruźlicę ze stanowiska klinicznego. Pawiński: O przyczynach błędnego rozpoznania zwężenia otworu żylnego lewego. Kopeć i Zembrzuski: O metodzie Pirqueta w zastosowaniu u dzieci. — *Medycyna*

Nr 52: Koenigstein: Zarośnięcie kostne tylnego nozdrza. Bieliński: Wydział lekarski królewskiego Uniwersytetu warszawskiego (c. d.). — *Kronika lekarska Nr 24:* Biehler R.: Przypadek trądu nerwowego (dok.). Jaworski J.: O stosunku akuszerek do publiczności. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 1—3:* Landau i Halpern: Przyczynek do badań nad składem chemicznym płynu mózgowo-rdzeniowego. Szmurło: Przypadek rany postrzałowej ucha i okolicy czołowej, zakończony wyzdrowieniem. Bychowski: Z badań nad odruchami. Korybut-Daszkiewicz: Kompres własnego pomysłu na klatkę piersiową u dzieci. Łapiński: Przypadek przewlekłego zatrucia chloralhydratem. — *Tygodnik lekarski Nr 1—4:* Popielski. O jadowitych ciałach prawidłowego ustroju w świetle własnych badań. Herman: Z kroniki Tow. lekarskiego lwowskiego. L. Rydygier: 1) Kilka krótkich uwag odnośnie do pierwszego dziesięciolecia lwowskiej kliniki chirurgicznej. 2) O sposobie leczenia ran w naszej klinice. A. Rydygier: Leczenie twardzieli nosa i gardła zapomocą promieni Roentgena. Jedlicka: Przyczynek do przeszczępiania mięśni. Selzer: O wyborze najodpowiedniejszego cięcia do appendektomii. Ostrowski: Przyczynek do etyologii t. zw. »przepuklin bocznych brzucha«. Biernacki: Uwagi nad znaczeniem fizyologicznem i patologicznem gnicia w jelitach z powodu laktobacylliny Miecznikowa. Kośmiński: O postępowaniu przy porodzie wobec znacznego ścieśnienia miednicy. — *Nowiny lekarskie Nr 1:* Klecki: Gruźlica u psa. Palmirski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej. Hornowski: O przeroście i rozroście gruczołów śluzowych oskrzeli przy przewlekłych cierpieniach miąższu płucnego. Czyżewicz jun.: Kilka uwag w sprawie częstości powstania i kierunku szypuły guzów jajnika i przyjajnika. Żołątkowski: W kwestyi rozpoznawania obecności glisty dżdżownicowatej u dzieci. Ehrenpreis: O przeniesieniu i znaczeniu zakażenia tryprowego w małżeństwie. Kaliciński: O prostym sposobie hodowania anaerobów w pożywkach płynnych. — *Postęp okulistyczny Nr 12:* Wicherkiewicz: Wysokie stopnie niezborności po operacyi zaćmy. — *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych Nr 12:* — Prof. V. Janovsky. Bukovsky: Adenoma sebaceum. — *Kronika dentystyczna Nr 1:* Gońka: W sprawie plomb krzemowych. Leyzerowicz: Torbiel okostnowo-zębowa górnej szczęki. — *Głos lekarzy Nr 1—2:* Mikołajski: 1) 30-lecie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. 2) Z przeszłości Tow. lek. lwowskiego. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). 4) Związek lekarzy rządowych w Galicyi. Bogdanik: W sprawie bojkotu narodowego. — Tow. wzajemnej pomocy lekarzy. Podlewski: W sprawie bojkotu narodowego. Chrząszczewski: Wspomnienie pośmiertne. — Ustawa emerytalna dla lekarzy gminnych w Austryi dolnej. Fels: Aforyzmy lekarskie.— *Zdrowie Nr 12 (1907), 1 (1908):* Rottermund: Stan ogrodów im. Raua po 5 latach istnienia. Kozłowski: Zasady prowadzenia zabaw i innych zabiegów w ogrodach im. Raua. Wernic: Stan zdrowotny domów kary. — *Przegląd higieniczny Nr 1:* Opieński: O epidemiologii błonicy od czasu leczenia surowicą i nowoczesnych środkach zwalczania błonicy. Szpilman: II kongres międzynarodowy higieny mieszkań (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 5. lutego o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Dr Steuermark: *a)* Przedstawienie przypadku mięsaka wyleczonego promieniami Roentgena. *b)* Przedstawienie przyrządu Jakscha do naświetlań promieniami X w chorobach wewnętrznych. 2) Doc. Dr Chlumsky: O działaniu gimnastyki szwedzkiej przy bocznem skrzywieniu kręgosłupa (*scoliosis*).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Valofin. Dążności chemii farmaceutycznej, by wyosobnić skuteczny składnik korzenia kozłkowego, doprowadziły do wytworzenia przetworów, zastępujących nalewkę kozłka (*valeriana*). Według ostatnich badań, zajmuje pod tym względem »valofin« stanowisko pierwszorzędne (Berdies, Mollweide, Podlousky, Flesch i i.), a to nietylko z powodu szybkiego i pewnego działania (przy neurastenii, połowiczym bolu głowy i t. d.), lecz także z powodu dobrego smaku, właściwego temu przetworowi, co było poprzednio, jak wiadomo, zawsze tylko *pium desiderium*. Autorowie opierają to zapatrywanie na licznych spostrzeżeniach. *S. W.*

Validol (Dr Stekel, »Medizinische Klinik« 1907, Nr 35 i 36) oddaje przy leczeniu nerwowego uczucia bojaźliwości dobre usługi, nawet w cięższych przypadkach. Stekel podawał zazwyczaj 10—15 kropel zawsze z pomyślnym skutkiem. Wogóle validol dzięki swym pobudzającym własnościom wywołuje u wielu chorych uczucie wielkiego przybytku sił. *Zmr.*

Gonosan (Dr Deschamps, »Revue de thérapeutique« 1907) stosowany w 12 przypadkach wiewióra, spowodował w 10 bardzo szybko (2—3 dni), zmniejszenie bolu przy wzwodzie i oddawaniu moczu. W niektórych przypadkach powikłań pęcherzowych gonosan wpływał również dodatnio. W jednym z dwóch przypadków, gdzie gonosan okazał się bezskutecznym, stwierdzono jako przyczynę tego zaburzenia żołądkowe. *Ll.*

Benzosalin (Dr Weinberg, »Wien. klin. ther. Wochens.« Nr 51, 1906) stosowano ze skutkiem w ostrym gośćcu stawowym nawet z wysoką gorączką i bolesnym obrzękiem stawów. W grypie z gorączką i nieżytem nosa ustępowały szybko poty i gorączka i następowało rychłe wyzdrowienie. Na bole działa benzosalin energiczniej niż inne środki. *Hf.*

Novargan (Dr Lemonon, »Provinc. medic.« 1907, Nr 8). Środkiem tym leczył Lemonon wiele świeżych przypadków wiewióra z wielkiem powodzeniem. Najczęściej wstrzykiwał 2—3% rozczyn 2—3 razy dziennie. Podrażnienia i bolu przytem nie było. Równoczesne płukanie nadmanganianem potasu w stosunku 1:4000 okazało się dobrem. Działanie na dwoinki zadawalniające. *Hf.*